



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO
HOSPITAL DE LA COMUNIDAD ZUMPANGO DEL RÍO, GUERRERO.

**CAUSAS PRINCIPALES DEL CONTROL PRENATAL TARDÍO
EN EL CENTRO DE SALUD DE LA COLONIA “GUERRERO 200”, DE
CHILPANCINGO, GUERRERO.**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JESÚS VIDAL ALEJO

ASESORES:

M.S.P. JOSÉ LUIS NÚÑEZ OCHOA.
Q.B.P. ELIA BARRERA RODRÍGUEZ.

SEMIS 20140122020

ZUMPANGO DEL RÍO, GUERRERO, FEBRERO 2016.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**CAUSAS PRINCIPALES DEL CONTROL PRENATAL TARDÍO
EN EL CENTRO DE SALUD DE LA COLONIA "GUERRERO 200", DE
CHILPANCINGO, GUERRERO.**

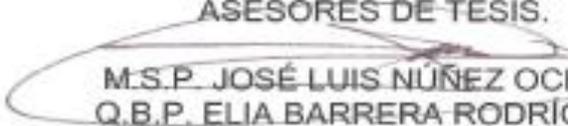
PRESENTA:

DR. JESÚS VIDAL ALEJO

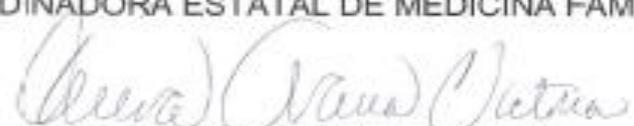
AUTORIZACIONES:


DRA. MARÍA PATRICIA ALVAREZ GONZÁLEZ
PROFESORA TITULAR

ASESORES DE TESIS.


M.S.P. JOSÉ LUIS NÚÑEZ OCHOA,
Q.B.P. ELIA BARRERA RODRÍGUEZ


DRA. MÓNICA EVELMIRA PIEDRA MENDOZA
COORDINADORA ESTATAL DE MEDICINA FAMILIAR


DRA. VICTORIA CUEVA ARANA
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION EN SALUD
Y FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS


DR. JUAN ANTONIO GUEVARA NIEBLA
SUBDIRECTOR DE EDUCACIÓN MÉDICA E
INVESTIGACIÓN EN SALUD

ZUMPANGO DEL RÍO, GUERRERO, FEBRERO 2016.

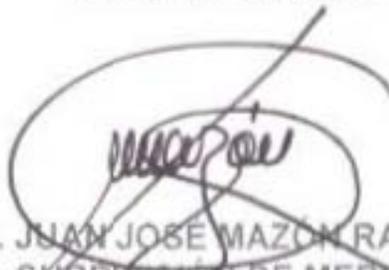
CAUSAS PRINCIPALES DEL CONTROL PRENATAL TARDÍO EN
EL CENTRO DE SALUD DE LA COLONIA GUERRERO 200, DE
CHILPANCINGO, GUERRERO

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. JESÚS VIDAL ALEJO

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

Dedicatoria.

A Dios por todo lo que he recibido, por su presencia permanente en mí en mi familia.

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificios en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy, ha sido un privilegio ser su hijo.

A mis hijos Karol, Alejandro y Andrés para quienes ningún sacrificio es suficiente, que con su luz iluminan mi vida y hacen mi camino más claro.

A todos los pacientes que han puesto su confianza en mí, y los que seguiré atendiendo, quedando claro la continuidad del conocimiento, para otorgar mi mejor apoyo en su bienestar físico, psicológico, social y familiar.

Agradecimiento.

Primeramente gracias a Dios por haberme regalado la vida y por ser la guía para alcanzar una de las metas más importantes que me permitirán crecer como persona, a Jesús por ser nuestra inspiración, modelo y por ser el ejemplo más grande de amor en este mundo.

A mis padres por darme el ejemplo de vida a seguir, gracias por su infinito apoyo en este trayecto, por motivarme a salir adelante, por enseñarme a terminar los proyectos de vida a pesar de las dificultades que se puedan presentar.

A mis compañeros, médicos, profesoras y cada uno de los que hicieron posible mi formación y permitir formar parte de su vida y ustedes parte de la mía.

Resumen.

Introducción: El Control Prenatal (CP) es un conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. Es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, el feto y la familia. De esta forma, se podría controlar el momento de mayor morbilidad y mortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y una de las principales causas de muerte de la mujer, en este estudio se identifican las causas principales del CP tardío en el centro de salud Guerrero 200 de Chilpancingo Guerrero. **Objetivo:** Determinar causas principales del control prenatal tardío en el centro de salud de la colonia “guerrero 200”, de Chilpancingo, Guerrero. **Metodología:** Es un estudio observacional, descriptivo y analítico, en el cual las variables dependientes fueron: Control Prenatal y las barreras del Control Prenatal. Las variables Independientes fueron: El embarazo, el beneficio del CP, edad, escolaridad, estado civil, religión, ocupación, nivel socio-económico, derecho-habienencia, antecedentes ginecobstétricos. **Resultados:** El 31.9 % de las embarazadas tiene un CP tardío, las variables que están asociadas al retardo son: desconocimiento del CP, desconocimiento del embarazo, sentirse bien, edad de adolescente, estado civil de unión libre y no tener seguro popular entre otras. **Discusión:** De un total de 72 embarazadas que contestaron el cuestionario 60 de ellas no supieron que es el CP, que corresponden a un 83.3% a pesar de ello se encontró que el 68.1 % inicio CP temprano y el 31.9% inicio CP tardío. **Conclusiones:** Se observó que existe un bajo uso del servicio médico en la atención del CP temprano, cifras alejadas de lo propuesto en las normas institucionales por lo que la prevención primaria del embarazo como de las complicaciones es una asignatura pendiente en el ejercicio de la Medicina Familiar y en general del ámbito de la atención primaria. **Palabras claves:** Control Prenatal (CP), semanas de gestación (SDG) Y embarazadas.

Abstract.

Introduction: Prenatal Control (CP) is a set of medical and healthcare actions are realized or scheduled interviews with the health team, in order to control the evolution of pregnancy and get a proper preparation for birth and upbringing of visits newborn in order to reduce the risk of this physiological process. It is part of a process aimed at promoting the health of the mother, fetus and family. Thus, one could control the timing of increased morbidity and mortality in human life, as in the perinatal period and one of the leading causes of death of women in this study the main causes of CP are identified late the health center Guerrero 200 Chilpancingo Guerrero. **Objective:** To determine leading causes of prenatal care late in the health center of the colony "warrior 200", of Chilpancingo, Guerrero. **Methodology:** This is an observational, descriptive and analytical study, in which the dependent variables were: Prenatal and barriers of prenatal care. The independent variables were: pregnancy, the benefit of CP, age, education, marital status, religion, occupation, socioeconomic status, right-habienca, gynecobstetric background. **Results:** 31.9% of pregnant women have a late CP, the variables that are associated with the delay are: lack of CP, lack of pregnancy, feeling good, teen age, marital status of cohabiting and have no popular insurance among others. **Discussion:** From a total of 72 pregnant women who answered the survey 60 of them did not know which is the CP, corresponding to a 83.3% nevertheless found that 68.1% CP start earlier and 31.9% CP late start. **Conclusions:** It was observed that there is a low use of health care services in the early CP, remote figures proposed in the institutional rules so that primary prevention of pregnancy complications as a pending issue in the practice of medicine Family and generally in the field of primary care.

Keywords: Prenatal Control (CP), weeks of gestation (SDG) and pregnant.

Índice.

	Páginas
Marco Teórico	1
Planteamiento del Problema	18
Justificación	21
Objetivos	24
Objetivo general	
Objetivos específicos	
Metodología	25
Población de estudio	
Criterios de inclusión	
Criterios de exclusión	
Criterios de eliminación	
Población muestral	
Variables de estudio	
Técnica de investigación	
Consideraciones éticas	
Resultados	41
Discusión	91
Conclusiones	96
Referencias bibliográficas	100
Anexos	103

Marco teórico.

El control prenatal (CP) se define como todas las acciones y procedimientos, sistémicos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden coordinar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. La muerte de una madre es una tragedia evitable que afecta una vida joven llena de grandes esperanzas; es una de las experiencias traumática que puede sufrir una familia y afecta seriamente el bienestar, la supervivencia y el desarrollo de los hijos, especialmente de los más pequeños. Todo lo anterior trae como consecuencia el debilitamiento de la estructura social en general.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el cuidado materno es una prioridad, que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo, y prevenir la mortalidad materna y perinatal. Sin embargo, no todas las mujeres acceden al control prenatal y algunas no logran la adherencia a las recomendaciones, ni cumplir con la periodicidad de asistencia al mismo en los establecimientos de salud. Uno de los grandes inconvenientes en la adecuada realización del control prenatal es la adherencia a las recomendaciones y la asistencia al mismo, al cual idealmente deberían asistir el 100% de las gestantes, sin embargo, no todas las mujeres lo hacen ya que aún existen barreras ajenas a las embarazadas que impiden el acceso y la adherencia al CP. El CP es uno de los pilares en los que se basa la salud materna, como lo refrendan las estadísticas mundiales, los beneficios de su práctica rutinaria y la necesidad de establecerlo obligatoriamente, por lo que se debe de motivar o incentivar a las futuras madres para su cumplimiento. Un CP temprano, continuo, completo y periódico contribuye a la disminución de las tasas de morbimortalidad materno infantil existentes.²

En países como Estados Unidos se estableció que el CP es adecuado o inadecuado ajustando el número de visitas por la edad gestacional, solo el 17% de las mujeres tuvieron CP adecuado, el 32% inadecuado y el resto, intermedia. Por otra parte, la atención es adecuada cuando el CP tiene como mínimo nueve consultas durante el embarazo. Estos indicadores en forma independiente han sido propuestos por la

OMS para medir el desempeño y la calidad de los servicios de la atención materna; así, en ésta se evalúan el porcentaje de mujeres embarazadas con el inicio de su CP antes de la semana 16 del embarazo; y el porcentaje de mujeres por lo menos con cuatro consultas antes del parto.³

En un artículo titulado “Características de los controles prenatales de pacientes puerperas internadas en el Hospital "Dr. José R. Vidal" de la ciudad de Corrientes, Argentina, en la revista de postgrado de la VIa cátedra de medicina, en el 2012, informan que el nuevo modelo de CP de la OMS determina que las mujeres, que cursan con un embarazo de bajo riesgo, deben recibir el CP de rutina, y establece que el mismo debe ser: precoz, completo, periódico, continuo, de amplia cobertura, constituyendo así un pilar fundamental preventivo que busca disminuir la creciente y elevada tasa de morbilidad materno-fetal.⁴

En un trabajo en la revista del Hospital Materno Infantil, “Ramón Sarda”, describen que en Argentina el 99% de los partos ocurre en instituciones asistenciales; sin embargo, tanto la precocidad como la calidad de los controles que las mujeres realizan distan de ser los adecuados. Tradicionalmente, la consulta prenatal ha sido desarrollada como un programa de atención en salud, en el cual se trata de invertir la menor cantidad de recursos y en el que el personal encargado de su ejecución no es capacitado adecuadamente para esto, lo que conlleva serias deficiencias y resultados pobres. La carencia de motivación y educación a las pacientes sobre la importancia en la realización del CP, es otra característica, lo cual se refleja en las altas tasas de deserción e incluso de ausencia total de pacientes en esta importante medida preventiva, llegando a los siguientes resultados de importancia: el 84 % la edad era entre 18 y 45 años, el 68 % tenían una unión estable, el 39 % tenían sólo estudios primarios, el 51 % tardaba en llegar a la unidad entre 2 a 4 horas, el 13 % eran nulíparas, el 76 % no concurren de manera precoz al CP. Los principales factores de no acudir oportunamente fueron que el 33 % no consiguió turno, 19 % realizó algún control previo en otra unidad u establecimiento, 13 % por razones laborales, 11 % por atención a otros hijos, 9 % por la distancia, y otro 9 % por desconocimiento y sólo 6 % por razones económicas.⁵

En países latinoamericanos como Chile, el 90% de las mujeres embarazadas asisten al CP. En Argentina alrededor del 20% de las mujeres presenta alguna patología durante el embarazo. De estas, son muchas las que se beneficiarían directamente del cuidado prenatal, si la captación fuese precoz y con adherencia. Actualmente, cerca del 80% de las embarazadas reciben algún tipo de CP en este país, pero debe mejorarse la oportunidades y calidad del mismo, ya que un buen CP se relaciona más con un parto de bajo riesgo.⁶

En Perú el 58.8% de las gestantes no cumplen con el CP; proporción superior al promedio nacional (50.7%). Este alto índice de no cumplimiento, se relaciona con múltiples factores, que se concentran en los siguientes: factores sociodemográficos (edad, estado civil, grado de instrucción, número de hijos, distancia de la vivienda al puesto de salud); factores económicos (ocupación de la gestante y del compañero, ingreso económico, propiedad de la vivienda); factores culturales (nivel de conocimiento sobre control prenatal, creencias, prácticas tradicionales). También refieren temor de ser atendidas por un profesional varón o por las mismas creencias que tiene la persona al pensar que el embarazo no necesita controlarse, de igual manera influye el entorno familiar, el desconocimiento de que el control prenatal es gratuito en cualquier establecimiento de salud del Estado; así mismo el horario de atención es inadecuado. El menor grado de instrucción de la gestante se asocia significativamente con el incumplimiento del CP así también la gestante adolescente, la gestante soltera, la gestante que procede de la sierra y la gestante con nivel de conocimiento inadecuado del CP tienen mayor riesgo para no cumplir con el CP. En Lima Perú, en el 2011, se encontró que las mujeres con mayor grado de instrucción y que vivían en zonas urbanas son causas de CP adecuado. Entre los factores encontrados para un CP inadecuado o tardío son la falta de seguros, bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de educación, estado civil diferente ha casado, residencia en barrios, desempleo, el desconocimiento de la importancia del CP, un ambiente inadecuado de la consulta, mujeres con más de dos partos, embarazo no planeado y distancias largas al centro de salud.²

En varios estudios se ha encontrado que el estado conyugal no estable se asocia a mayores tasas de fracaso en el CP y en los resultados perinatales. En cuanto a la edad materna, no se encontró diferencia significativa entre los grupos etarios, hallazgo similar a un estudio previo y al parecer no es un factor importante para obtener un CP óptimo. Otro factor socioeconómico que se ha encontrado asociado con el CP inadecuado en algunos estudios es el desempleo materno. Asimismo la dependencia económica y el tener dinero para exámenes auxiliares y medicina no mostraron diferencias significativas.⁷

En el artículo “Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud?”, de la Universidad de San Buenaventura, Cali, Colombia, refieren que las mujeres no deben adaptarse a los servicios de salud, los servicios de salud deben adaptarse a las diversas mujeres que los necesitan. (OPS y OMS).⁸

En Colombia así como en otros países, se ha encontrado a partir de varios estudios, una relación significativa entre la deficiente atención prenatal y los resultados adversos en el parto y en el posparto. Reportando una relación entre la ausencia del CP y resultados adversos de la gestación y el parto (hemorragia del 3er. trimestre, mortalidad neonatal precoz, mortalidad fetal y retardo del crecimiento intrauterino) y relaciona un menor número de controles prenatales con las dos últimas. El CP de las madres adolescentes ha sido materia de múltiples estudios, en los cuales se ha reportado inicio tardío y baja adherencia al mismo, en comparación con controles de gestantes adultas. En un estudio que agrupó 11 instituciones Colombianas de 2º. y 3er. nivel se evaluaron 54,497 partos, de los cuales 3,364, o sea el 6.17%, correspondieron a adolescentes. De estos embarazos en adolescentes el 58.2% no asistieron a CP y, de las que asistieron a uno o dos controles correspondió el 25.7%, el 63.9% tuvo tres a seis controles y el 10.4% más de seis controles.⁹

Con base en la Encuesta Nacional de Salud 2007, “Evaluación de la utilización adecuada del control prenatal” en Bogotá, Colombia, comenta que, en comparación con otros países frente al CP, sobresalen algunos factores asociados a un CP inadecuado, donde generalmente se toma como referencia el índice de Kotelkuch o

alguna modificación del mismo de acuerdo al contexto y normatividad de cada país donde se valora no solo el inicio oportuno del control sino también la cantidad de consultas recibidas. Algunos de los factores más mencionados en relación a este uso inadecuado del CP son los siguientes:

- 1.- La no planeación del embarazo.
- 2.- La edad.
- 3.- La escolaridad de la gestante, así como la del jefe del hogar.
- 4.- La ausencia del compañero en el hogar,
- 5.- La paridad,
- 6.- La edad del primer embarazo
- 7.- La distancia al hogar.
- 8.- Condiciones de la vivienda
- 9.- Trabajo fuera del hogar de la gestante.

Dichas condiciones se asociaron en general a un inicio tardío del CP y menor número de consultas (inadecuado control prenatal) así como un nivel de calidad en la atención más bajo lo que configura una condición de riesgo aumentado desde los servicios de salud que pueden ser determinantes para los resultados perinatales de estas mujeres. Las gestantes que tienen un nivel socioeconómico menor reciben peor trato y tienen tiempos de espera mucho más largos que las gestantes de altos ingresos, lo que se enmarca en la conocida Ley del cuidado inverso mencionada desde los años 80 por Eyles, donde a mayor necesidad se responde de peor manera, aumentando el impacto de su condición social para estos grupos y creando mayores niveles de inequidad.¹⁰

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reportó que entre 1990 y 1995 el promedio de consultas prenatales en México se incrementó de 2,2 a 2,8; y que durante 1993 y 1995 un 86,1% de las mujeres recibieron atención prenatal por

personal médico; durante el mismo período el porcentaje de partos atendidos se incrementó de un 54,3% al 65,8%. Se ha reportado que la mortalidad materna disminuyó de 5,4 a 2,7 por 10.000 nacidos vivos registrados en el período comprendido de 1990 a 2000, mientras que durante el mismo período en el estado de Nuevo León pasó de 2.3 a 1.5. Lo anterior pone de manifiesto el especial interés que el sector salud ha puesto en el programa de salud reproductiva, dentro del marco de reforma de éste. De forma paralela se han estudiado los factores que determinan el uso del servicio de CP; (Ramírez y cols), reportaron en Tijuana, México, que la ausencia de CP se asoció con la carencia de seguro médico, el no trabajar y el bajo ingreso. Mientras que en Chiapas, México, Sánchez y cols., reportaron que el CP adecuado, se asocia con vivir a menos de una hora del servicio de salud. A pesar de la insistencia en la importancia del CP, una de cada 10 mujeres embarazadas no asistió al mismo. Existen reportes que hablan de una incidencia menor, tal es el caso de Ramírez y cols. quienes señalan un 5,4% mientras que Martínez y cols. encontraron, 0,8%. El promedio de consultas y exámenes de laboratorio durante el CP fueron menores a los estándares institucionales y a los sugeridos por la Norma Oficial Mexicana NOM-007. La mitad de la población acudió a CP en el primer trimestre del embarazo, cifra dentro del rango señalado para otras poblaciones, 37%, 61% y 75%. Sin embargo, de acuerdo a los criterios de inicio de CP y número de consultas, la proporción de la población que cumple es inferior a lo observado por Koroukian y Grimm (68,7%) y similar a lo mencionado por Martínez y cols. (23%).³

Vega M., Rosa L., Barron, Alicia G. y Acosta R., Lucila P; en el artículo: Atención Prenatal según la NOM-007 relacionada con morbilidad materna en una unidad de salud en San Luis Potosí en el 2008, informaron que las pacientes con un nivel socioeconómico alto acuden con más regularidad a consulta, tienen mayor posibilidad de realizarse exámenes de laboratorio y ultrasonidos, con la consecuente detección temprana de enfermedades o complicaciones, lo que no ocurre con las pacientes de un nivel socioeconómico menor. Algunos autores señalan que las pacientes que acuden con mayor regularidad al CP tienen mayor posibilidad de que se les detecte alguna enfermedad, y ello no significa que enfermen más ni que las

que acuden con menor frecuencia enfermen menos, llegaron a los siguientes resultados: el rango de edad fue de 13-43 años, 37.1 % eran adolescentes, 44.3 % se incorporó a la atención en el 2º. trimestre del embarazo, 38.2 % cumplió como mínimo 5 consultas, 46.4 % presentó morbilidad, la más frecuente infección de vías urinarias, el apego del CP, fue adecuado solo en el 2.6 % de los casos, calificando la atención prenatal de la NOM-007 inadecuada en el 97.4 %. Diversos autores coinciden al señalar que debe revisarse la calidad del CP en las institución de salud, pues en varias evaluaciones realizadas a dichos programas catalogan la consulta de las embarazadas como deficiente, irregular, con tiempos de espera prolongados y con mala respuesta a las medidas de autocuidado por parte de la mujer; sin embargo, la mayoría de estas revisiones no cumplen con el rigor metodológico, por lo que destacan la necesidad de contar con evidencia científica, a fin de establecer estrategias exitosas en beneficio de la salud materna.¹¹

La atención a la salud materno-infantil es una prioridad para los servicios de salud, su objetivo principal es la prevención de las complicaciones maternas en el embarazo, el diagnóstico oportuno y su atención adecuada. Las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad, que permite identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal. La muerte materna es evitable mediante la intervención temprana, la inversión en maternidad sin riesgo no solo reduce la mortalidad y la discapacidad materno infantil, sino que también contribuirá a la mejor salud, calidad de vida y equidad para las mujeres, sus familias y las comunidades.¹²

En el país, las instituciones prestadoras de servicios de salud que forman parte del sistema son las que integran la seguridad social, las de asistencia social y las privadas; siendo el órgano rector la Secretaría de Salud.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la atención que se da a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio debe ser impartida por el personal médico y paramédico con calidad. Durante el proceso de vigilancia de la mujer embarazada es

el Médico Familiar (MF) quien otorga la primera consulta prenatal; la mujer embarazada de bajo riesgo debe recibir por lo menos siete consultas y la primera de ellas preferentemente antes de la semana 14 de gestación. Las citas son programadas mensualmente (o antes, con la presencia de complicaciones o algún evento), y semanalmente a partir de la semana 36. Durante este período se efectúan a la mujer embarazada diferentes estudios de laboratorio.³

El CP puede llevar a la reducción de la mortalidad siempre y cuando sea temprano, continuo, completo y extenso de cobertura además de fomentarse hábitos de vida saludable. Uno de los principales problemas en la comunidad es que, a pesar de que la clínica se encuentre relativamente cerca, se percibe la falta de asistencia por parte de las mujeres gestantes a sus respectivos controles prenatales, lo cual es consecuencia en primera instancia de acudir al control médico y de enfermería, provocando que la morbilidad y mortalidad materna sea uno de los principales problemas en la población, el cual, además involucra otros factores, como la edad de la madre, la calidad de los servicios de salud, factores socioeconómicos, culturales y demográficos. La falta de dinero para movilizarse y realizarse los exámenes pertinentes, la ausencia de cobertura médica, desinformación, embarazo no deseado, o simplemente la falsa creencia de que esta etapa puede ser atravesada con el respaldo del entorno familiar y sin la presencia clave del médico. La ausencia de este tipo de controles en la primera etapa del embarazo impide detectar y tratar factores de riesgo como VIH, sífilis, hipertensión, diabetes, anemia, infecciones de vías urinarias y falta de ácido fólico, responsable de graves malformaciones fetales. El inicio del CP debe ser precoz, es decir que la primera consulta médica se realice durante el primer trimestre del embarazo, así, las mujeres de canalización oportuna tiene un CP más completo comparadas con las que son captadas tardíamente.¹

Se tiene el concepto de que el CP puede reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, a través de la identificación y tratamiento de enfermedades propias de la gestación o enfermedades intercurrentes, además de la detección de pacientes con riesgos de complicaciones durante el parto, atendido por personal capacitado y con los recursos técnicos adecuados para resolver estas necesidades.

Debe existir acceso a un nivel adecuado de pautas y conocimientos acerca de un control prenatal precoz tomando en cuenta la cultura, el nivel de escolaridad y el nivel económico de cada mujer, siendo necesarios para el óptimo desarrollo del embarazo.⁵

Para el presente estudio son importantes las siguientes definiciones:

Edad gestacional: Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos.

Embarazo normal: Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.

Embarazo de alto riesgo: Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.

Emergencia obstétrica: Condición de complicación o interurrencia de la gestación que implica riesgo de morbilidad o mortalidad materno-perinatal.

Muerte materna: Es la que ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de la terminación del mismo, independientemente de la duración y lugar del embarazo producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

Las acciones que se deben realizar de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 durante el control prenatal son:¹³

- Elaboración de historia clínica.
- Identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales).
- Medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración.

- Medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración.
- Valoración del riesgo obstétrico.
- Valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto.
- Determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo).
- Determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho, (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rho antígeno D y su variante débil D_μ).
- Examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36.
- Detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad.
- Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico.
- Prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica: se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo).
- Aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales.
- Orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones económicas y sociales de la embarazada.
- Promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada.
- Promoción de la lactancia materna exclusiva.

- Promoción y orientación sobre planificación familiar.
- Medidas de autocuidado de la salud.
- Establecimiento del diagnóstico integral.

Con el apoyo de los datos anteriores, se deben establecer los criterios de referencia para la atención de las gestantes a las unidades de primero, segundo y tercer nivel. La unidad de atención debe proporcionar a la mujer embarazada un carnet perinatal que contenga los siguientes datos: identificación, antecedentes personales patológicos, evolución del embarazo en cada consulta, resultados de exámenes de laboratorio, estado nutricional, evolución y resultado del parto, condiciones del niño al nacimiento, evolución de la primera semana del puerperio, factores de riesgo y mensajes que destaquen la importancia de la lactancia materna exclusiva, planificación familiar y signos de alarma durante el embarazo.¹³

Los procedimientos preventivos deben incluir, la orientación a la mujer embarazada para la prevención y para identificar los signos de alarma y buscar la atención médica oportuna.

Precoz o temprano: el control deberá iniciarse desde el primer trimestre de la gestación.

Periódico o continuo: la frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que exhibe la embarazada, pero deben realizarse con una frecuencia regular a lo largo del embarazo.

Completo o integral: los contenidos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Extenso o de amplia cobertura: en la medida en que el porcentaje de la población controlado sea alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) se disminuirán las tasas de morbilidad materna y perinatal.

Se define CP precoz al que se realiza en la semana 12 o antes de amenorrea; entre la semana 12 y 20, se considera aceptable, y luego de la semana 20, la consulta es tardía. En cuanto a la periodicidad y continuidad: la frecuencia dependerá del nivel de riesgo médico, social y psicológico. Requiriéndose, en un embarazo normal (de bajo riesgo), como mínimo un total de 5 consultas prenatales, distribuidas equitativamente a lo largo de todo el embarazo.⁴

La atención prenatal reduce la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, partos prematuros y el número de productos con bajo peso al nacer; también permite identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo.¹⁴

Las adolescentes demoran en buscar el control de embarazo, por que tienden a aferrarse a la esperanza que la ausencia de su menstruación unida a la práctica de relaciones sexuales no protegidas no dejará de ser un atraso. El concurrir a la consulta médica confirmará un embarazo que ellas niegan inconscientemente, porque están asustadas y angustiadas por la reacción de la familia. En general las adolescentes demoran el momento de comunicar a sus padres que están embarazadas. Además no saben dónde recurrir o no quieren acudir al establecimiento de salud donde sus propias madres se controlan. Esto aunado a la falta de apoyo de sus propias parejas. Por lo que prácticamente se sienten solas ante sus miedos de no saber que pasara con ella, la reacción de sus padres y de la propia sociedad.¹⁵

La adherencia y el número de controles prenatales a los que asisten las gestantes, les da más probabilidad de tener un embarazo y producto normales en relación con aquellas que asisten a pocos controles o no lo hacen. La falta de adherencia al control prenatal se ha convertido en un problema de salud pública, es básico el aumento de la cobertura de este en la población, implementando acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo; para lograrlo se debe realizar una adecuada identificación e intervención de los factores de riesgos biológicos, psicológicos y sociales.⁶

Factores Biológicos:

Antecedentes obstétricos, desproporción céfalo pélvica, bajo peso, obesidad, talla baja, comorbilidades, enfermedad hipertensiva, que puede llevarnos a partos pretérmino, partos distócicos entre otros.

Factores Psicológicos:

Durante el primer y tercer trimestre se evalúa: la personalidad, sintomatología psiquiátrica, preocupaciones del embarazo, creencias sobre el parto, locus de control, estrategias de afrontamiento, sintomatología del primer trimestre, indicadores de calidad de vida.

La personalidad de la mujer va a determinar en gran medida la forma en que se va a afrontar esta nueva condición. Durante el primer trimestre, los estudios refieren que es frecuente la presencia de náuseas y vómitos, así como fatiga. Con respecto a las náuseas y vómitos, su presencia se relaciona con ansiedad, falta de comunicación con la pareja, no aceptación del embarazo, escasa información referida al embarazo y cuidado del hijo, insomnio, depresión, otros síntomas somáticos, y disfunción social. La fatiga se puede asociar a depresión y ansiedad y, de forma similar a la emesis, puede repercutir en la calidad de vida de la gestante.

Otra alteración también manifestada con frecuencia es la referida a los trastornos de sueño, los cuales también son frecuentes en las mujeres embarazadas. Durante el primer trimestre es frecuente que aparezca un aumento de los despertares nocturnos y una mayor somnolencia durante el día. A partir del segundo trimestre se incrementa la tasa de insomnio en las gestantes, siendo mucho mayor en el tercer trimestre.

Diferentes estudios han puesto de manifiesto la relación existente entre variables psicológicas (estrés, depresión, baja autoestima, ansiedad), con partos más prolongados para las mujeres y una mayor cantidad de resultados negativos para el bebé, tales como nacimientos pretérmino y bajo peso al nacer. La causa por la que se producen estos efectos nocivos no está clara, pero se postulan dos hipótesis: un

cuidado prenatal inadecuado derivados de estas condiciones, o una relación directa sobre el embarazo producida por modificaciones directas a nivel bioquímico u hormonal

Factores Sociales:

Entre los aspectos macrosociales se destacan las políticas públicas y entre los del contexto social próximo, el lugar de residencia de las jóvenes, la disponibilidad de recursos para la atención en salud reproductiva y la anticoncepción, la estructura familiar y la interacción con los padres, otros adultos y el grupo de pares. También se abordan características individuales, entre las que se cuentan la edad, el estrato socioeconómico, el nivel de educación y la pertenencia a grupos étnicos. Por último, se analiza el efecto en la conducta reproductiva de las adolescentes de sus percepciones, actitudes y conocimientos de aspectos de la reproducción y la anticoncepción, para finalizar con breves consideraciones sobre las posibles causas de la lentitud relativa del descenso de la fecundidad adolescente.

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, establece que la mujer embarazada de bajo riesgo debe recibir como mínimo un promedio de 5 consultas prenatales, programadas de la siguiente manera:

- Primera visita en el primer trimestre
- Segunda visita: de la 22 a la 24 semana
- Tercera visita: de la 27 a la 29 semana
- Cuarta visita: de la 33 a la 35 semana y
- Última visita: de la 38 a la 40 semana.

En cada visita prenatal se realizan actividades e intervenciones que tienen como objetivo mantener la salud materno-fetal, identificar oportunamente factores de riesgo y en consecuencia actuar para cancelar o atenuar dicho factor, y preparar a la

mujer y si es posible a su pareja y familia para el nacimiento, lactancia y crianza de su hijo.¹³

Lo ideal sería que la primera visita se realice durante el primer trimestre o preferentemente antes de la semana 12 de embarazo. Sin embargo, independientemente de la edad gestacional en el momento de la primera consulta, todas las embarazadas serán examinadas de acuerdo a las normas para la primera visita y las visitas subsiguientes. Por la cantidad de actividades que se tienen que realizar, se espera que la primera visita dure de 30 a 40 minutos. Es importante determinar los antecedentes clínicos y obstétricos de las mujeres con el objetivo de diagnosticar el embarazo, particularmente si se presenta antes de las 12 semanas de gestación (SDG), hacer la valoración inicial, entre otros.

Intervenciones:

1. Es necesario que reciban suplementación con hierro (Fe). Se estima que más del 30% de las embarazadas están por debajo de los valores normales de Fe (11g/dl), esta cifra es la considerada por la OMS para recomendar la suplementación universal con hierro a todas las embarazadas. La dosis diaria es de 60 mg de hierro elemental.

2. Administrar ácido fólico en el período preconcepcional y en el primer trimestre del embarazo. La suplementación periconcepcional de folatos reduce la incidencia de defectos del tubo neural. La dosis diaria es de 400 mg.

3. Enseña a la mujer embarazada acerca de:

Alimentación, la cual deberá ser:

Completa: es decir que contenga alimentos de los tres grupos:

1. Cereales y tubérculos
2. Frutas y verduras
3. Productos de origen animal y leguminoso.

Variada: deberá incluir diferentes alimentos de cada grupo para que la dieta no se vuelva monótona y se obtengan todos los nutrimentos que necesita su cuerpo para funcionar y satisfacer sus necesidades y las del feto.

Equilibrada: que los nutrimentos que le proporcionan los alimentos de los grupos antes mencionados los consuman en las proporciones que necesita su cuerpo.

Inocua: que el consumo habitual de los alimentos no implique riesgos para la salud, que sean higiénicos y que no estén descompuestos o contengan algún agente patógeno. Suficiente: que aporte la cantidad de energía y nutrimentos de acuerdo a sus necesidades, sin que tenga deficiencias pero sin caer tampoco en los excesos.

Adecuada: acorde a sus gustos, cultura y necesidades específicas. Debe consumir alimentos ricos en energía y proteínas, así como aquellos que contienen vitaminas y minerales, principalmente calcio, hierro, ácido fólico y yodo. Como una guía de ayuda, utilizar el “Plato del bien Comer”.

b) Hidratación: Se recomienda que ingiera de 1.5 a 2.0 litros de agua al día.

c) Eliminación: Se pide la ingesta de dos litros de líquidos, realizar ejercicio físico, comer alimentos con alto residuo como salvado, piña, manzana, papaya y en caso necesario, un laxante como papaya o jugo de ciruela.

d) Actividad física prenatal: Debe realizar caminata tres veces a la semana durante 30 minutos.

e) Actividad Sexual: Se sugiere disminuir la frecuencia de la actividad sexual durante el primer y último trimestre y evitar en los casos en que existe amenaza de aborto o parto prematuro. Enfatizar el uso de preservativo para disminuir el riesgo de adquirir VIH o una enfermedad de transmisión sexual.

f) Postura física en la vida diaria: mantener la cabeza y los hombros centrados sobre la cadera, así se mantiene la columna vertebral derecha. Al levantar algún objeto no doblar por la cintura, sino doblar las caderas y las rodillas, y levantarse con las piernas.

- g) Solicitar a la mujer que registre cuando nota los primeros movimientos fetales.
 - h) Enseñar los signos y síntomas de alarma y orientar a donde asistir para su atención.
 - i) Iniciar la preparación de la mujer para la lactancia.
4. Por último, programar la siguiente consulta prenatal, registrar en su carnet perinatal y en la libreta de citas.

De este modo la salud integral de la madre a un desde la etapa preconcepcional y con el CP oportuno se espera detectar y tratar oportunamente los eventos de morbilidad obstétrica y perinatal que influyen en el bienestar de madre e hijo, además de los riesgos biológicos se exploran también los riesgos biopsicosociales, brindando información a la gestante y a su pareja para propiciar una relación óptima entre padres e hijos desde la gestación.¹

Planteamiento del problema.

La mortalidad materno-infantil refleja el grado de desarrollo social y económico de un país, por lo que la salud reproductiva es una prioridad sanitaria: su prevención depende directamente de la cobertura y calidad de los servicios de salud.¹¹

En estudios internacionales relacionados con embarazadas, se ha reportado lo siguiente: el 84% la edad era entre 18 y 45 años, el 68% tenían una unión estable, el 39 % tenían sólo estudios primarios, el 51 % tardaba en llegar a la unidad entre 2 a 4 horas, el 13% eran nulíparas, el 76% no concurreó de manera precoz al CP. Los principales factores de no acudir oportunamente fueron que el 33% no consiguió turno, 19% realizó algún control previo en otra unidad u establecimiento, 13% por razones laborales, 11% por atención a otros hijos, 9% por la distancia y otro 9% por desconocimiento y sólo 6% por razones económicas.¹⁶

Se denomina CP al cuidado de la salud de la madre y del niño por nacer, tiene como finalidad obtener un producto de la concepción vigoroso, nacido a término, de peso adecuado, buscando que la madre se encuentre sana y en condiciones de criar a su bebé. El CP debe iniciar con la primera consulta médica durante el primer trimestre del embarazo (igual o antes de las 13 semanas de gestación), para tener un control óptimo así, las mujeres de canalización oportuna tienen un CP más completo comparadas con las que son captadas tardíamente (después de las 13 semanas 1 día de gestación). La falta de adherencia al CP se ha convertido en un problema de salud pública, es básico el aumento de la cobertura en la población, implementando acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo; para lograrlo se debe realizar una adecuada identificación e intervención de los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales, la ejecución de pruebas paraclínicas básicas, el seguimiento gráfico de los parámetros de evolución de la altura uterina, peso materno, presión arterial y la suplementación con micronutrientes que permita disminuir la morbimortalidad materna y perinatal, como partos prematuros y de productos con bajo peso al nacer; siendo estos, indicadores de calidad de la atención en salud que diferencian significativamente a países desarrollados.

En nuestro país, el rango de edad de las embarazadas fue de 13-43 años, 37.1% eran adolescentes, 44.3% se incorporó a la atención en el 2º. Trimestre del embarazo, 38.2% cumplió como mínimo 5 consultas, 46.4% presentó morbilidad, la más frecuente infección de vías urinarias, el apego del CP, fue adecuado solo en el 2.6% de los casos, calificando la atención prenatal de la Norma Oficial Mexicana NOM-007, inadecuada en el 97.4%.³

Nada justifica una muerte materna; sin embargo, hoy en día a pesar de los esfuerzos realizados por el gobierno, la sociedad e instituciones privadas y no lucrativas, la morbilidad y mortalidad materna y perinatal continúa siendo un problema de salud pública. Para una mejor comprensión de ello, es necesario pensar en la ausencia de estas mujeres y en el rol social que tienen en nuestra sociedad mexicana; además de que aportan de manera importante a la fuerza productiva del país, porque muchas de estas mujeres son trabajadoras asalariadas. Es así que el Programa de Salud Reproductiva busca garantizar una maternidad saludable y sin riesgos en todas las mujeres mexicanas, contribuyendo a disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal a través del programa salud materna. Las estrategias y acciones están dirigidas a la vigilancia del embarazo, a la prevención, diagnóstico temprano y manejo médico de las alteraciones del embarazo que constituyen las principales causas de muerte materna como son: la preeclampsia/eclampsia, hemorragia obstétrica, infección puerperal y las complicaciones del aborto.

Este estudio describe la importancia del CP, analizando los factores que causan el inicio tardío del CP y las formas de evitarlas, además de coadyuvar a resolver las necesidades de salud. Es así como este estudio se espera sea una herramienta útil para el directivo en salud, proporcionando beneficios para la población, sobre todo como base de un sistema de información que permita conocer y evaluar la tendencia de la utilización del CP, lo anterior se realizó, mediante la aplicación de un cuestionario utilizado en otro estudio, validado y adaptado para este trabajo; en el cual se investigaron todas las embarazadas que se encontraban, en el momento del inicio del estudio (julio-2014) así como a las de nuevo ingreso durante los meses de julio a octubre del 2014.

Por todo lo anterior, se planteó la pregunta de investigación de este trabajo:

¿Cuáles son las causas principales del control prenatal tardío en el Centro de Salud de la Colonia “Guerrero 200” de Chilpancingo, Guerrero?

Justificación.

Las estadísticas de morbilidad y mortalidad materna en los países en desarrollo reflejan las consecuencias de una atención prenatal deficiente, cuyas principales fallas son el inicio tardío de esta y el bajo número de consultas, contrario a lo observado en países desarrollados; al respecto, la OMS entre el 2003 y el 2007 realizó una evaluación del modelo de CP y concluyó que en la práctica clínica puede disminuirse el número de consultas, sin que se incrementen los riesgos para la salud. Sin embargo no todas las mujeres tienen accesos a los servicios de salud o bien no cumplen con el número de consultas ni con las recomendaciones. La morbilidad materna tiene diversos elementos para su estudio: etiología, gravedad, duración, momento de aparición, acumulación y secuelas; cada patología posee diferentes causas, consecuencias e implicaciones para el tratamiento; toda morbilidad es a menudo un punto en una vía causal con posibilidades múltiples para la intervención.¹¹

El CP es deficiente en cuanto al número de gestantes que lo reciben y la frecuencia con que asisten. Esta deficiencia se debe porque la gestante se siente sana y no estima la necesidad de someterse a control y por lo tanto sólo solicita asistencia cuando siente objetivamente los trastornos de una complicación, o cuando está en la incapacidad para el desarrollo de sus actividades. En resumen el tema abordado es importante porque se trata de conocer los factores de riesgo asociados con el cumplimiento del CP que contribuye a la disminución de las tasas de morbimortalidad materno infantil.²

El CP implica un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna; por tanto, esta debe ser eficaz y eficiente; ello implica que el personal de salud valore la importancia de su labor en la atención prenatal, pues requiere la identificación de complicaciones como diabetes gestacional, preeclampsia, eclampsia, anemia, infecciones de vías urinarias, entre otras; asimismo, el establecimiento de medidas preventivas oportunas significaría un

menor costo en su atención y un mayor beneficio para la embarazada y el ser en gestación.¹¹

La mortalidad materna se asocia con tres retardos o demoras en la atención medica:

1.- Retardo en tomar la decisión de búsqueda de atención para la prevención de los embarazos no deseados.

2.- Demora por falta de acceso universal a la atención obstetra, al momento de presentarse alguna complicación obstétrica.

3.- Falta de atención médica optima, relacionado con la capacidad de ser resolutiva de forma oportuna y adecuada.

La mortalidad materna se relaciona con alguno de estos tres retardos: hubo un retardo en iniciar la atención prenatal o una ausencia de la misma.¹⁷

El estado de Guerrero se mantiene dentro de los primeros lugares de la República con muertes maternas, es indispensable la identificación de factores de riesgo que influyen en esta incidencia. Este estudio se enfocó en ellos durante el primer trimestre de gestación, buscando factores maternos, genéticos, ambientales, socioeconómicos, culturales, nivel de desarrollo entre otros, que ocasionan el CP tardío y con ello el retraso de las detecciones oportunas de complicaciones antes, durante y después del parto, esto justifica el presente estudio, enfocando las acciones que se deben emprender en la detección, prevención y/o manejo oportuno, mediante el incremento de la difusión no solo en la salud de la madre sino también en el nacimiento de hijos sanos y tener así nucleó familiar completo y saludable que conlleva a bienestar familiar.

Dentro de la Secretaria de Salud existe eslabones críticos para la mortalidad materna, es un modelo de atención que describe los pasos y niveles de atención idónea que debe recibir una usuaria, siendo el componente siete eslabones que van desde programas preventivos, atención prenatal, referencia, atención prenatal en segundo nivel, parto, puerperio y recién nacido. Estos lineamientos sirven de parámetro para evaluar la suficiencia, oportunidad y calidad de la atención que

recibió la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio. De tal manera que identificamos en que eslabón del proceso de atención se puede evitar la mortalidad materna, pudiendo evitar otras muertes, siempre y cuando se optimice la oportunidad y la calidad en ese proceso de atención. Lo que respeta al segundo eslabón de CP es de acuerdo a los lineamientos de la norma oficial Mexicana NOM-007.¹⁸

El centro de salud de la colonia Guerrero 200, presta atención a la población en general y de los diferentes programas de la Secretaría de Salud, la asistencia se enfoca permanentemente a la atención primaria en salud, mediante las acciones de promoción, prevención, detección y manejo adecuado, con énfasis de importancia en la atención de la mujer en edad reproductiva, siendo mucho mayor durante el embarazo mediante el control prenatal temprano.

Objetivos.

Objetivo general.

Identificar las causas principales del control prenatal tardío en el centro de salud de la colonia “Guerrero 200” de Chilpancingo, Guerrero, durante julio a octubre del 2014.

Objetivos específicos.

- Analizar las razones del retraso en la inicio del CP.
- Definir las semanas de gestación al iniciar el CP en cuanto a inicio temprano o tardío.
- Describir el CP tardío por edad.
- Medir el CP tardío por estado civil.
- Evaluar la utilización temprana del CP.
- Determinar la frecuencia de patrones del CP tardío.

Metodología.

Tipo de estudio: Observacional, Descriptivo y Transversal.

Población de estudio:

Todas las mujeres embarazadas que asistieron por primera vez a CP, y que se encontraban en control al inicio del estudio (julio-2014) y las de nuevo ingreso durante los meses de julio a octubre del 2014.

Población Muestral:

La muestra fue de tipo no probabilística, por conveniencia, ya que se ingresaron al estudio, todas las embarazadas que se tenían en control y las de nuevo ingreso en la unidad de salud de la colonia Guerrero 200, de la ciudad de Chilpancingo, Guerrero, en el periodo comprendido del 01 de julio al 31 de octubre del año 2014.

Criterios de inclusión:

- Mujeres embarazadas que acudieron al centro de salud y que se encontraban en control al inicio del estudio (julio-2014).
- Las embarazadas que acudieron por primera vez a CP del 01 de julio al 31 de octubre del 2014.
- Embarazadas que estuvieron de acuerdo en participar y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Mujeres que no estaban embarazadas al momento del inicio del estudio.
- Mujeres embarazadas que no estuvieron de acuerdo en participar y que no firmaron el consentimiento informado.
- Mujeres embarazadas que no residen en el área de responsabilidad de la unidad de salud.

Criterios de eliminación:

- Mujeres embarazadas que por algún motivo en cualquier momento decidieron dejar de participar en el presente estudio.
- Aquellas que por algún motivo cambiaron de domicilio y no fue posible visitarlas para su seguimiento.
- Toda mujer embarazada que se identificó con sesgos de información de acuerdo a su expediente clínico.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE Y MEDICIÓN	INDICADOR DE EVALUACIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
Control Prenatal	Conjunto de acciones periódicos y asistenciales para la evaluación de las mujeres en el periodo de gestación.	Dependiente, Cualitativa Dicotómica y Nominal -Si-No	%= No. de pacientes que saben o no saben que es Control Prenatal/Total de mujeres embarazadas estudiadas X 100	Cuestionario validado en otros estudios, modificado y adaptado para esta investigación. Carnet Perinatal
Barreras del Control Prenatal	Conjunto de razones que dificultan el control prenatal.	Dependiente, Cualitativa Dicotómica Si-No	%= No. de pacientes según su respuesta sí-no sobre causas personales, razones, cosas externas, otra cosa/ Total de mujeres embarazadas estudiadas X 100	Cuestionario validado en otros estudios, modificado y adaptado para esta investigación. Carnet Perinatal

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE Y MEDICIÓN	INDICADOR DE EVALUACIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento a la fecha.	Independiente Cuantitativa Discreta o Discontinúa Edad en años cumplidos agrupadas 15-19 años 20-24 años 25-29 años 30-34 años 35-39 años >40 años	%= No. de pacientes según su edad /Total de mujeres embarazadas estudiadas X 100 Promedio de edad=Sumatoria de las edades de las embarazadas/el total de embarazadas estudiadas Mediana=La ordenación de las edades en forma descendente + 1 entre 2 Moda= La edad que más se repita. Rango: La edad mayor menos la edad menor	Cuestionario validado en otros estudios, modificado y adaptado para esta investigación, Carnet Perinatal

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE Y MEDICIÓN	INDICADOR DE EVALUACIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
Religión	Tipo de religión a la que pertenece o profesa	Independiente Cualitativa Nominal 1- Católica 2- Cristiano 3- Ateo 5- Otros	%= No. de pacientes según su religión/Total de mujeres embarazadas estudiadas X 100	Cuestionario validado en otros estudios, modificado y adaptado para esta investigación. Carnet Perinatal
Estado civil	Se entiende por estado civil la condición particular que caracteriza a una persona, en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo	Independiente Cualitativa Nominal 1-Casada actualmente 2- Divorciada 3- Viuda 4- Separada 5- Unión libre 6- Madre soltera Sí-No	%= No. de pacientes según su estado civil /Total de mujeres embarazadas estudiadas X 100 %= No. de pacientes según si viven o no actualmente con una pareja/Total de mujeres embarazadas estudiadas X 100	Cuestionario validado en otros estudios, modificado y adaptado para esta investigación, Carnet Perinatal

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE Y MEDICIÓN	INDICADOR DE EVALUACIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
Escolaridad	Se refiere al nivel de estudios que tiene la paciente ya sea primaria, secundaria o universidad.	Independiente Cualitativa Ordinal 1- Sin estudios 2- Primaria 3- Secundaria 4- Prepa o Bachillerato 5-Licenciatura	%= No. de pacientes según su escolaridad /Total de mujeres embarazadas estudiadas X 100	Cuestionario validado en otros estudios, modificado y adaptado para esta investigación. Carnet Perinatal
Ocupación	Se refiere a la actividad laboral o del hogar a la que se dedica y si su trabajo le dificulta la atención prenatal	Independiente Cualitativa Dicotómica Sí-No Medio tiempo o Tiempo completo	%= No. de pacientes según si está o no empleada fuera del hogar/Total de mujeres embarazadas estudiadas X 100 %= No. de pacientes según si trabajan medio tiempo o tiempo completo/Total de mujeres embarazadas estudiadas X 100	Cuestionario validado en otros estudios, modificado y adaptado para esta investigación.
Nivel socio-económico (Ingreso)	Se refiere al ingreso promedio mensual de todos los miembros de la familia y básicamente el nivel socioeconómico puede ser bajo, medio y alto.	Independiente Cualitativa Ordinal a) <3,000 pesos b) de 3,000 a 6,000 pesos c) > de 6,000 pesos d) no se e) no desea decir	%= No. de pacientes según su ingreso económico/Total de mujeres embarazadas estudiadas X 100 Promedio de Ingresos económicos.	Cuestionario validado en otros estudios, modificado y adaptado para esta investigación.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE Y MEDICIÓN	INDICADOR DE EVALUACIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
Historia reproductiva. Embarazo	Gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde la concepción hasta el nacimiento. Duración media es de 269 días	Independiente, Cualitativa Dicotómica Sí-No	%= No. de pacientes según su respuesta sí-no sobre si es su primer embarazo/ Total de mujeres embarazadas estudiadas X 100	Cuestionario validado en otros estudios, modificado y adaptado para esta investigación, Carnet Perinatal

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE Y MEDICIÓN	INDICADOR DE EVALUACIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
Información del embarazo actual.	Gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde la concepción hasta el nacimiento. Duración media es de 269 días	Independiente, Cualitativa Dicotómica y Nominal 1.-No llegó su período 2- Se sentía mareada/con nauseas 3- Otro Si-No 1.-Al mismo lugar de la entrevista 2.-A un lugar diferente 1.-Semanas 2- No se lo hizo 3- No sabe 1-Días 2-Semanas 3-Meses 4-El mismo día 1-No hice cita 2-El mismo día	%= No. de pacientes según cómo supo que estaba embarazada/ Total de mujeres embarazadas estudiadas X 100 %= No. de pacientes según si fue a control prenatal/Total de mujeres embarazadas estudiadas X 100 %= No. de pacientes según el sitio de consulta/Total de mujeres embarazadas estudiadas X 100 %= No. de pacientes según el tiempo que paso desde que se supo embarazada hasta su control prenatal/Total de mujeres embarazadas estudiadas X 100	Cuestionario validado en otros estudios, modificado y adaptado para esta investigación, Carnet Perinatal

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE Y MEDICIÓN	INDICADOR DE EVALUACIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
Beneficio del Control Prenatal	Previene complicaciones del embarazo, se tiene vigila el crecimiento y la vitalidad fetal y, se prepara física y emocionalmente a la paciente para el alumbramiento, se da orientación educativa en la gestante.	Independiente, Cualitativa Dicotómica y Nominal Razón: Sí-No Caminando, Combi o Taxi, Particular u Otros Tiempo del Traslado Sí-No Hombre-Mujer o indiferente	%= No. de pacientes según la razón por el que haya iniciado el cuidado prenatal sí o no/Total de mujeres embarazadas estudiadas X 100 %= No. de pacientes según cómo llegó a su cita/Total de mujeres embarazadas estudiadas X 100 %= No. de pacientes según el tiempo de su traslado/Total de mujeres embarazadas estudiadas X 100 %= No. de pacientes según horario adecuado de servicio/Total de mujeres embarazadas estudiadas X 100	Cuestionario validado en otros estudios, modificado y adaptado para esta investigación.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE Y MEDICIÓN	INDICADOR DE EVALUACIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
Beneficio del Control Prenatal	Previene complicaciones del embarazo, se tiene vigila el crecimiento y la vitalidad fetal y, se prepara física y emocionalmente a la paciente para el alumbramiento, se da orientación educativa en la gestante.	Independiente, Cualitativa Dicotómica y Nominal Razón: Sí-No Hombre-Mujer o indiferente	%= No. de pacientes según facilidad de la cita/Total de mujeres embarazadas estudiadas X 100 %= No. de pacientes según calidad de los servicios y los que le gustaría tener/Total de mujeres embarazadas estudiadas X 100 %= No. de pacientes según motivos de facilidad para el cuidado prenatal/Total de mujeres embarazadas estudiadas X 100 %= No. de pacientes según preferencia del genero de su médico/Total de mujeres embarazadas estudiadas X 100 %= No. de pacientes según si el sexo de su médico retardó el control prenatal/Total de mujeres embarazadas estudiadas X 100	Cuestionario validado en otros estudios, modificado y adaptado para esta investigación.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE Y MEDICIÓN	INDICADOR DE EVALUACIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
Beneficio del Control Prenatal Apoyo social recibido	Previene complicaciones del embarazo, se tiene vigila el crecimiento y la vitalidad fetal y, se prepara física y emocionalmente a la paciente para el alumbramiento, se da orientación educativa en la gestante.	Independiente, Cualitativa Dicotómica Sí-No	<p>$\% = \frac{\text{No. de pacientes según las cosas que le ocurrieron o sintió durante su embarazo}}{\text{Total de mujeres embarazadas estudiadas}} \times 100$</p> <p>$\% = \frac{\text{No. de pacientes según la persona que le acompañó a control prenatal}}{\text{Total de mujeres embarazadas estudiadas}} \times 100$</p> <p>$\% = \frac{\text{No. de pacientes según la persona que le proporcionó la información más importante sobre el embarazo}}{\text{Total de mujeres embarazadas estudiadas}} \times 100$</p>	Cuestionario validado en otros estudios, modificado y adaptado para esta investigación.

VARIABLES DE ESTUDIO:

Las variables dependientes fueron: CP y las Barreras del CP.

Las variables Independientes son: el embarazo, el beneficio del CP, edad, escolaridad, estado civil, religión, ocupación, nivel socio-económico, derechohabencia, antecedentes ginecobstétricos (AGO), las cuales se operacionalizaron para su medición y evaluación.

Técnica de Investigación y recolección de la Información:

El instrumento de captura denominado “Cuestionario de Beneficios y Barreras del Control Prenatal” estuvo integrado por reactivos acerca de la historia personal, del embarazo, las creencias acerca del cuidado prenatal y los sentimientos acerca del sistema de atención prenatal del centro de salud, para establecer las posibles principales causas del CP tardío. Dicho cuestionario fue modificado y adaptado para este estudio, de otra investigación ya validado, cuyos autores fueron: Pécora, Alicia; San Martín, María Emilia; Cantero Andrea y colaboradores; control prenatal tardío ¿Barreras en el sistema de salud? Revista del Hospital Materno Infantil, “Ramón Sarda”, Buenos Aires, Argentina.

Se inició esta investigación informando y solicitando autorización a las autoridades correspondientes de la Secretaría de Salud como es el coordinador directo del Centro de Salud de la colonia Guerrero 200, para iniciar la recolección de la información mediante la estructura de la encuesta que se denomina “Cuestionario de Beneficios y Barreras del Control Prenatal” el cual se realizó mediante una entrevista con la embarazada en el centro de salud, o en su domicilio, esto con previa orientación del motivo de la encuesta, dándole a conocer los fines de la investigación, posterior a ello se lee la carta de consentimiento informado y al firmarlo de aceptación para su participación, en ese momento, se procedió al llenado de la encuesta apoyada del entrevistador el cual leyó las preguntas y la embarazada las contestó según decidió su propia respuesta.

Tomando en cuenta el número de ingresos de embarazadas a CP, en este periodo, se delimitó a la unidad de análisis con la encuesta realizada y aceptación mediante el consentimiento informado. Los datos fueron capturados y procesados en Excel 2010 y el software IBM SPSS versión 21. Se describieron en este trabajo los resultados de forma narrativa y numérica así como la representación mediante cuadros y gráficas.

Análisis de datos.

Se realizó un análisis a nivel univariado y bivariado Las variables cuantitativas se analizaron, mediante comparaciones de medias. Las variables categóricas o cuantitativas se analizaron mediante frecuencia.

Limitaciones metodológicas.

Sesgos de memoria del entrevistado. Cuando se le preguntó a la paciente alguna información y que no recordó o no deseó contestar, lo que probablemente ocasionó que la información obtenida no fuera real.

Sesgo de la estructura del instrumento de recolección de la información. Se pudo presentar debido a que el instrumento de recolección de la Información fue modificado para este trabajo de otro estudio de investigación que fue aprobado y avalado.

Sesgo de respuesta del entrevistado. Cuando el paciente proporcionó una información incompleta o bien que estuvo mintiendo, lo que nuevamente pudo ocasionar variabilidad en los resultados obtenidos y presentados en esta investigación.

Consideraciones éticas.

Esta investigación se realizó con estricto apego al reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, que establece lineamientos y principios a los que debe someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud, siguiendo los puntos que en su apartado de Investigación para la salud en el título primero, capítulo único, artículo 3, en sus apartados I,II,III, se refiere que la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyen, al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.¹⁹

En su segundo apartado capítulo I, hace mención de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, con referencia a los siguientes artículos:

Artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases.

I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.

III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.

IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles.

V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala.

VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los

recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que la embarazada en investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, la investigación se clasificará como Investigación sin riesgo.

Artículo 18.- Se suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud de la embarazada en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando la embarazada en investigación así lo manifieste.

Artículo 20.- Se cuenta con el acuerdo por escrito mediante el consentimiento informado y voluntario por escrito de las embarazadas, autorizando su participación en la investigación.

Artículo 21.- Cada embarazada recibió información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. Informando del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias.

De la misma forma nos basamos en los postulados éticos de Helsinki, apoyándonos en los principales puntos para toda investigación médica. Protegiendo la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la

confidencialidad de la información personal de las embarazadas que participan en esta investigación. Por lo que esta investigación se conforma con los principios científicos aceptados y se apoya en un profundo conocimiento de la bibliografía mundial, internacional y nacional, además de otras fuentes de información pertinentes.²⁰

Se tomaron toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de las embarazadas que participan en la investigación y la confidencialidad de su información personal, reduciendo al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.

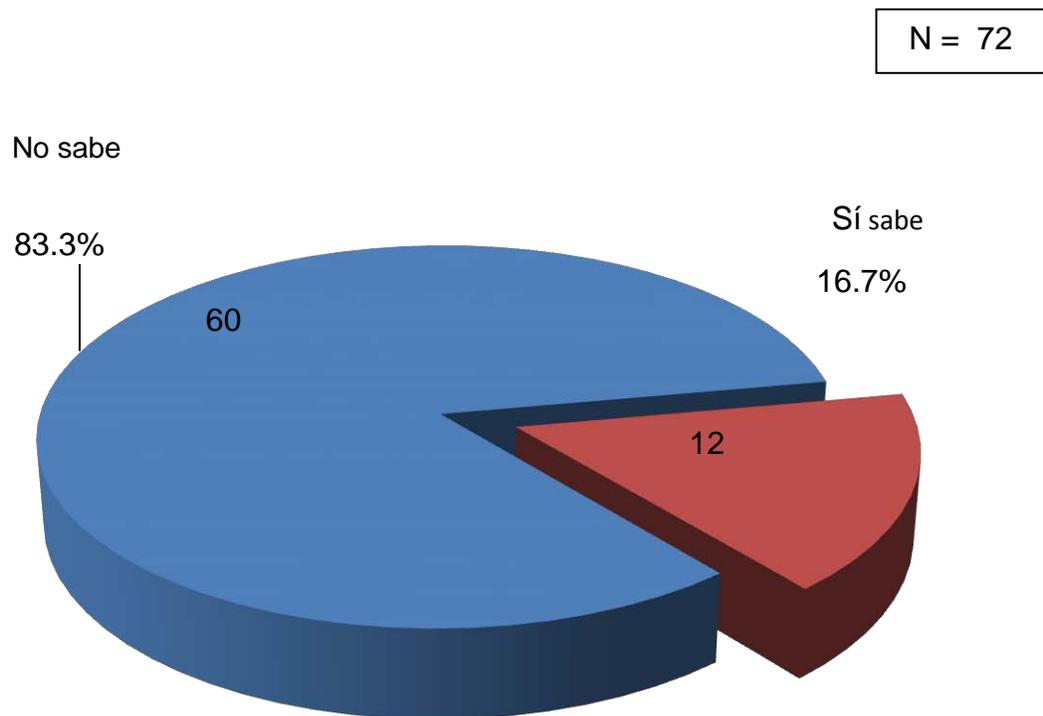
Esta investigación está adaptada a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica. Sólo se realiza por profesionales de la salud en el Centro de Salud de la colonia “Guerrero 200” de Chilpancingo Guerrero. Bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

El trabajo de esta investigación se envió a consideración, comentario, consejo y aprobación, del comité de ética de investigación de la Secretaría de Salud antes de comenzar el estudio.

Resultados.

De un total de 72 cuestionarios realizados, con respecto al conocimiento de Control Prenatal, 60 (83.3%) mujeres embarazadas manifestaron que sí sabían del control prenatal, mientras que las 12 (16.7%) restantes lo desconocían. La razón de las que sí lo conocían contra las que lo desconocían es de 5 a 1.

Gráfica 1.- Conocimiento sobre Control Prenatal.

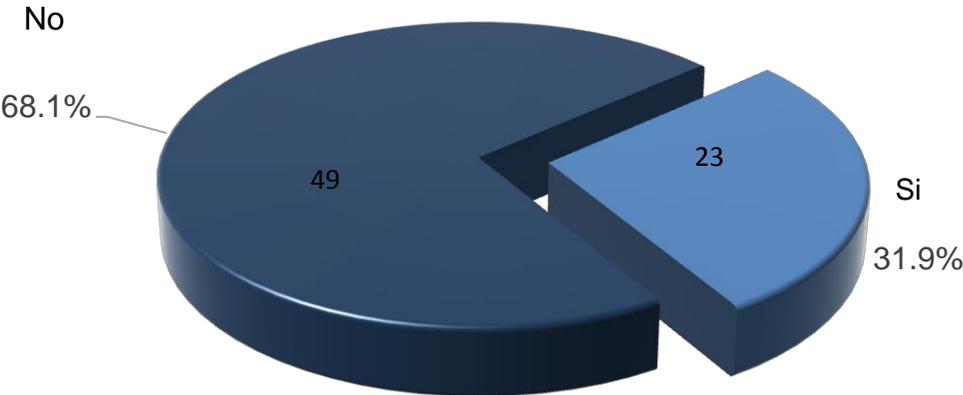


Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

De acuerdo a la definición, en esta serie de estudio para la investigación de control prenatal tardío, 49 mujeres embarazadas lo iniciaron tempranamente, lo que significa un porcentaje de 68.1% y solo 23 mujeres que corresponden al 31.9% lo iniciaron tardíamente. Para una razón de 2 a 1 respectivamente.

Gráfica 2.- Control Prenatal tardío.

N = 72

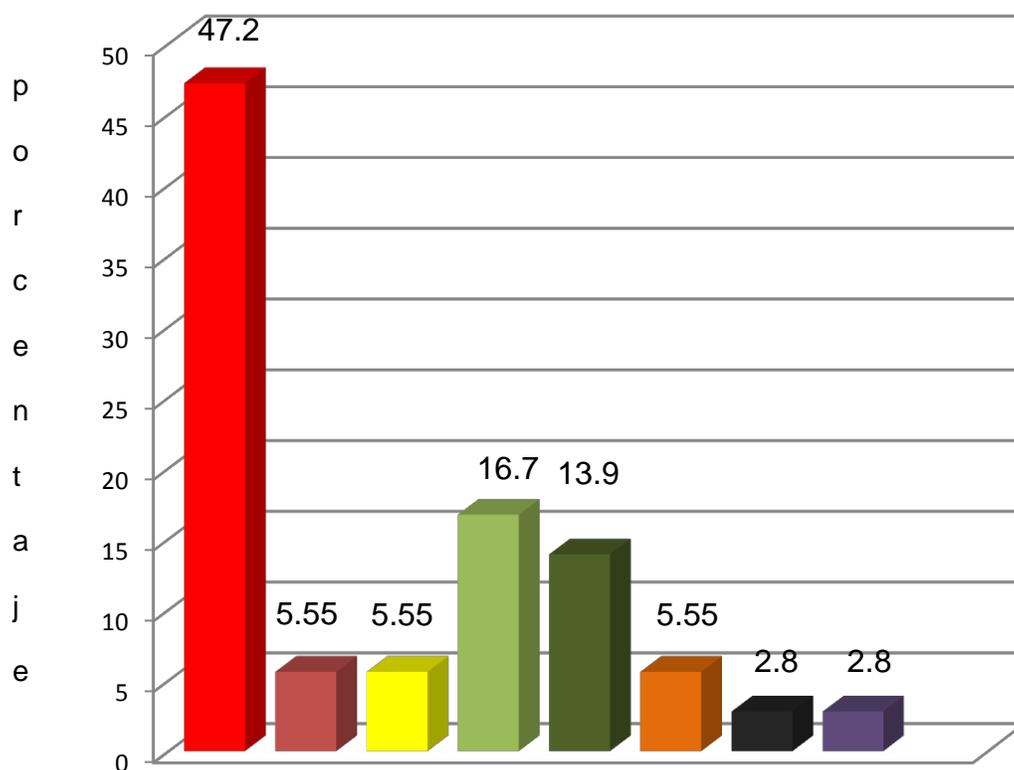


Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Se encontró que el 47.2% que corresponde a 34 mujeres embarazadas acudieron a consulta para confirmar su embarazo, 12 (16.7%) fue hallazgo en el consultorio ya que no sabían del embarazo, 10 (13.9%) informaron no tener ninguna molestia, así mismo por falta de tiempo, por falta de dinero y porque no tenían Seguro Popular 4 (.55%) mujeres en cada rubro, respectivamente y finalmente 2 personas por presentar molestias y otras 2 por vivir en otra ciudad (2.8%) cada una respectivamente.

Gráfica 3.- Porque acudió en esa fecha

N = 72

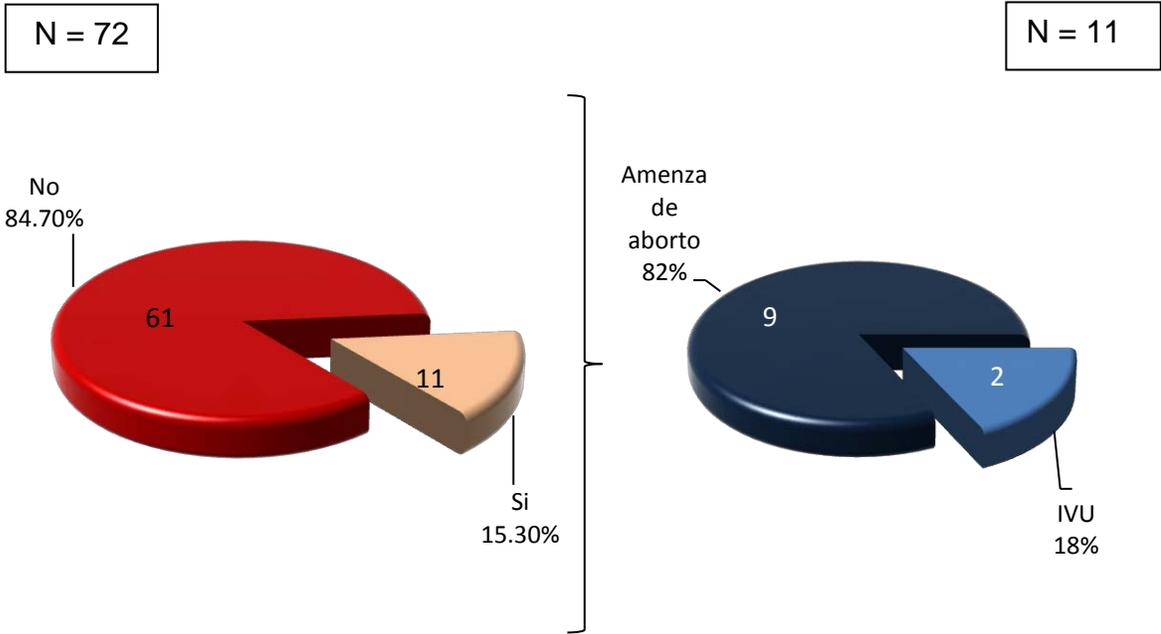


Variable	Por confirmar embarazo	Falta de tiempo	Falta de dinero	No sabía del embarazo	No tenía molestias	No tenía SP	Por molestias	Vivía en otra ciudad
Totales	34	4	4	12	10	4	2	2

Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

De las 72 mujeres embarazadas estudiadas, 11 (15.3%) de las encuestadas tuvo alguna complicación de la que predomino la amenaza de aborto con un 12.5%, el resto que el 84.7% no presento complicaciones. Para una razón de 5.5 embarazadas sin complicaciones por una que sí la presentó, al analizar las pacientes que refirieron haber tenido alguna complicación, 9 (82%) de ellas fue por Amenaza de Aborto y 2 (18%) por infección de vías urinarias (IVU) para una razón de 4.5 amenazas de aborto por una de IVU.

Gráfica 4.- Complicaciones en su embarazo actual

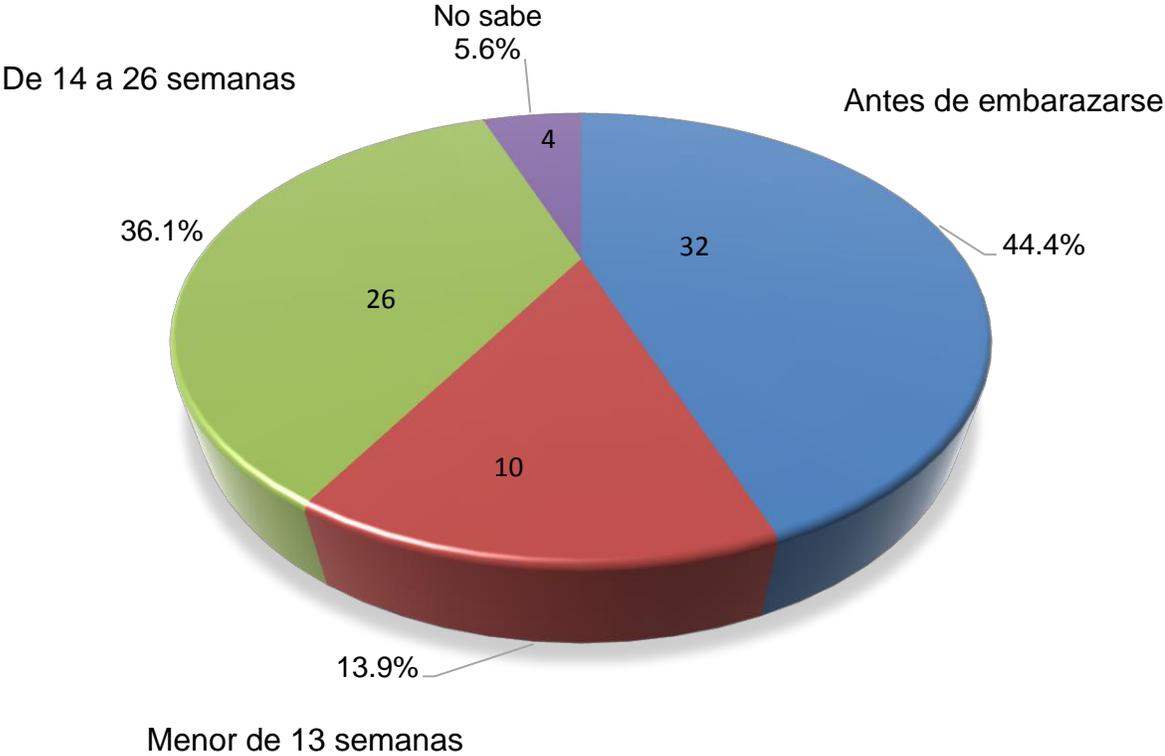


Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Se observó que del total de embarazadas investigadas para un próximo embarazo, 26 (36.1%) acudiría tardíamente a control prenatal, pero 42 mujeres, que representa un 58.3% lo haría oportunamente antes de embarazarse o dentro de las primeras 13 Semanas de Gestación. Sólo un bajo porcentaje del 5.6% manifestó no saber cuándo acudiría al Control Prenatal.

Gráfica 5.- Inicio su CP en un próximo embarazo

N = 72

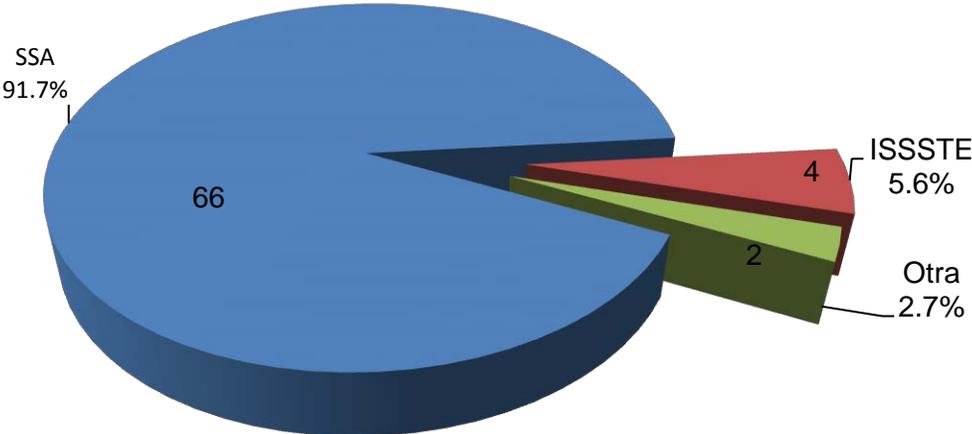


Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Un total de 66 mujeres embarazadas que corresponde al 91.7% respondió que se atendería de su parto en el Hospital General de la Secretaría de Salud “Dr. Raymundo Abarca Alarcón”. Las 6 (8.3%) restantes, lo hará en otras instituciones.

Grafica 6.- Sitio de atención del parto

N = 72

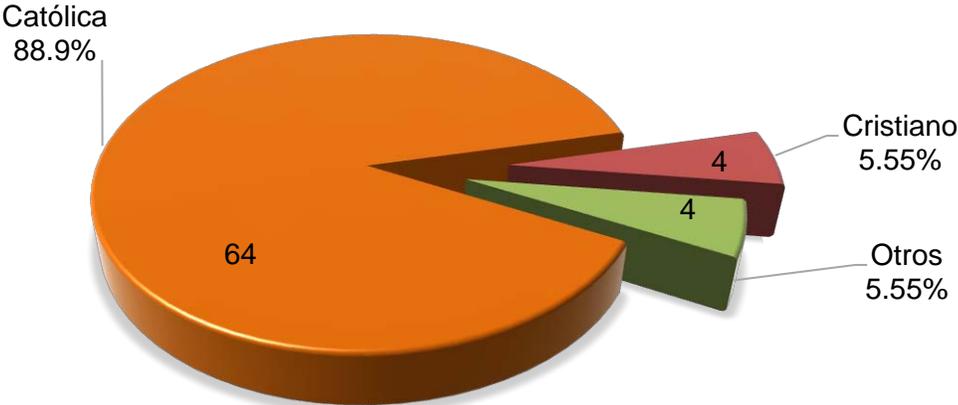


Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Del total de las encuestadas 64, que corresponde a 8.9% de mujeres embarazadas informaron profesar la religión católica, 4 la cristiana y 4 de otras religiones, con el 5.6% cada una respectivamente.

Gráfica 7.- Tipo de religión

N = 72

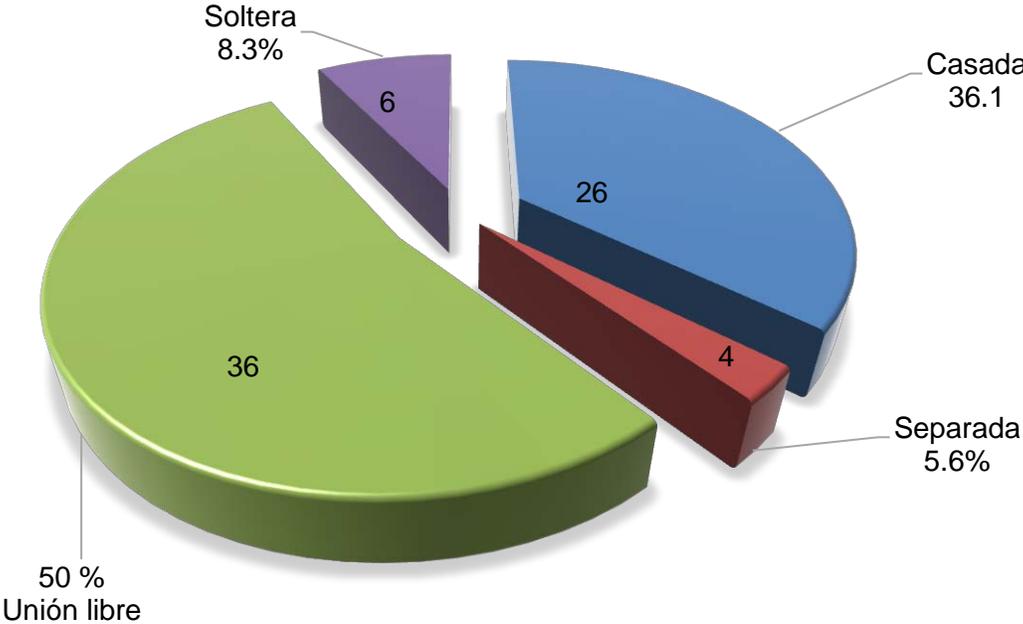


Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Se observó que 36 mujeres viven en unión libre lo que corresponde a 50%, 26 que corresponde a 36.1% son casadas y el resto son madres solteras o separadas 6 (8.3%) y 4 (5.6%) respectivamente. Como se observa, 10 (13.9%) del total mujeres, respondieron encontrarse actualmente sin pareja, enfrentando solas su embarazo.

Gráfica 8.- Estado civil

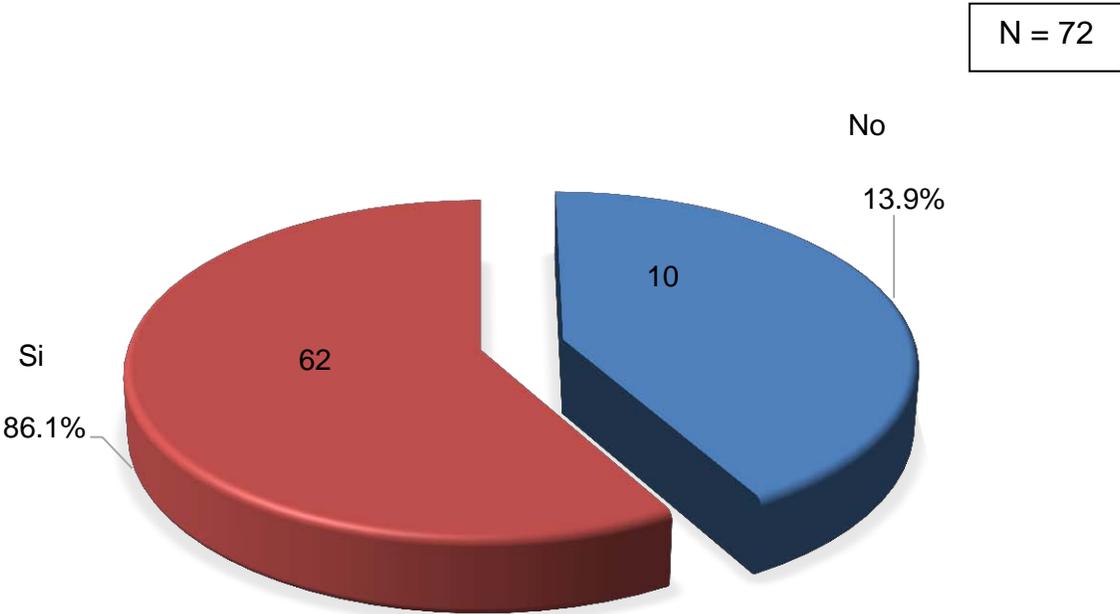
N = 72



Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Se encontró que 62 mujeres que corresponde a 86.1% contestó que sí vive con su pareja y solo 10 mujeres embarazadas que corresponde al 13.9% no tiene pareja en este momento. Para una razón de 6.2 mujeres con pareja por una que no la tiene.

Gráfica 9.- Actualmente vive con su pareja o marido

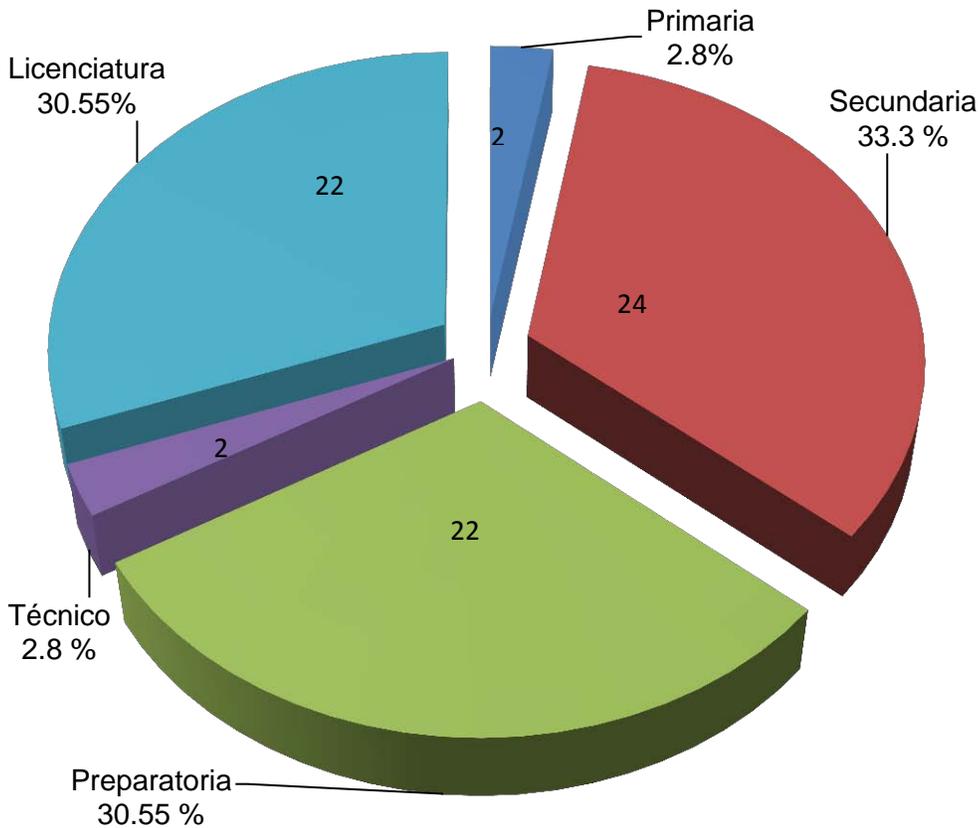


Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Se observa que todas las mujeres embarazadas saben leer y escribir, 2 (2.8%) con primaria terminada, 24 (33.3%) con secundaria terminada y las 46 restantes con bachillerato y más, lo que significa que el 63.9% de esta población investigada, que cuenta con un nivel de escolaridad de medio a alto y con el 36.1% cuya escolaridad es baja, siendo su razón de 1.7 que se encuentra regular a bien preparado por una que su escolaridad es baja, respectivamente.

Gráfica 10.- Escolaridad

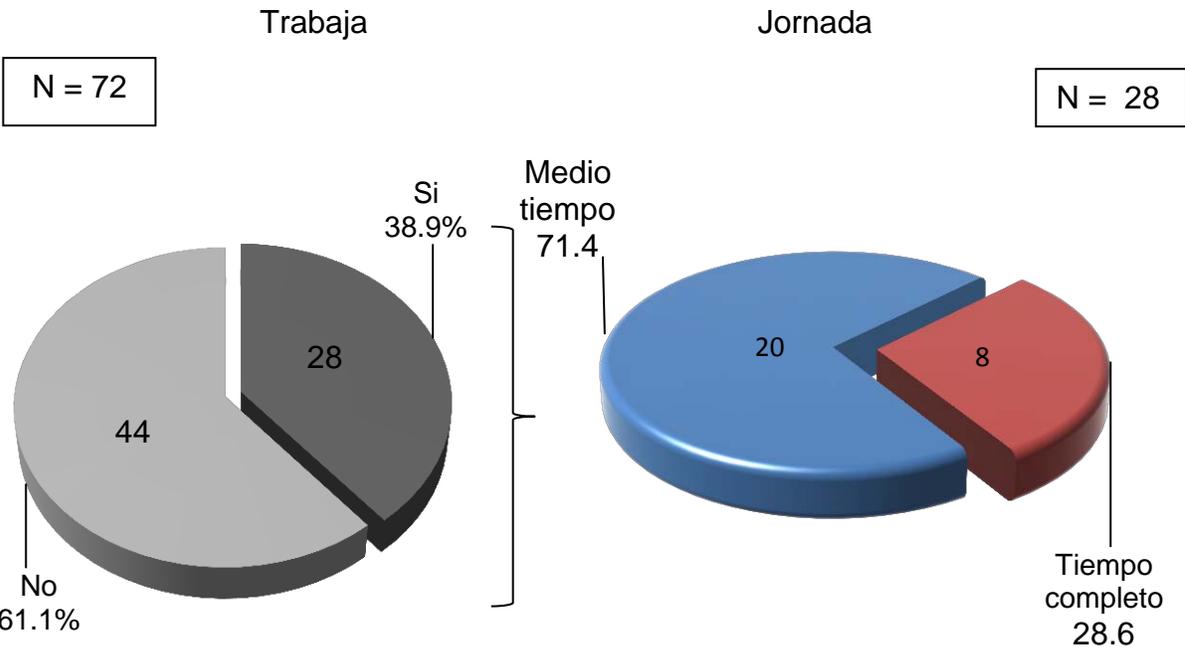
N = 72



Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Se encontró que 44 embarazadas que corresponde al 61.1% se dedican solamente al hogar y 28 mujeres que corresponde a 38.9% son empleadas fuera del hogar, con una razón de 1.5 de las que se dedican sólo al hogar por cada una de las que sí laboran fuera del mismo, respectivamente, lo que representa un probable factor de riesgo para acceder a un adecuado Control Prenatal por el compromiso de cumplir con su jornada laboral. Así mismo de las 28 mujeres que se emplean fuera del hogar 20 (71.4%) lo hacen en medio tiempo y solo 8 (28.6%) tienen tiempo completo. Para una razón de 2.5 las que tienen medio tiempo por cada una que tiene tiempo completo.

Gráfica 11. Ocupación.

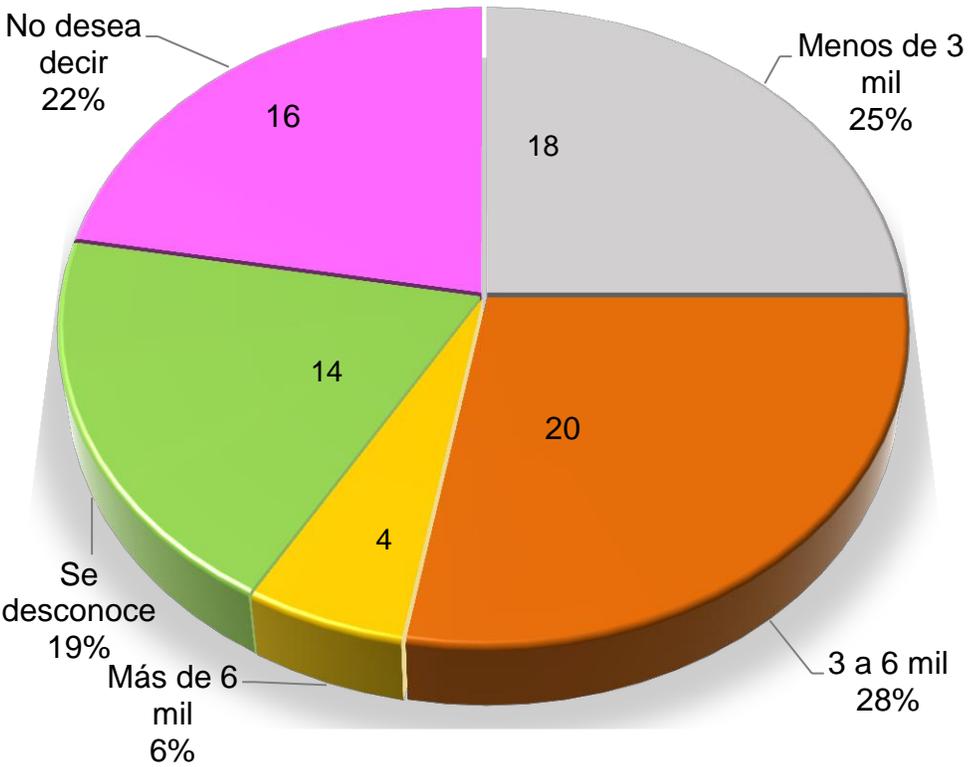


Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Se observa que 18 (25%) embarazadas tiene un ingreso mensual menor a 3 mil pesos, un número cercano no quiso decir sus ingresos, y otro número importante desconoce de este. Sin embargo, se observa que el 53 % de las mujeres interrogadas, refirieron que los ingresos son muy bajos, ya que perciben menos de 6 mil pesos por mes para cubrir todas sus necesidades, lo que probablemente represente un factor de riesgo para proporcionarle una atención completa, integral y de calidad.

Gráfica 12.- Nivel socioeconómico.

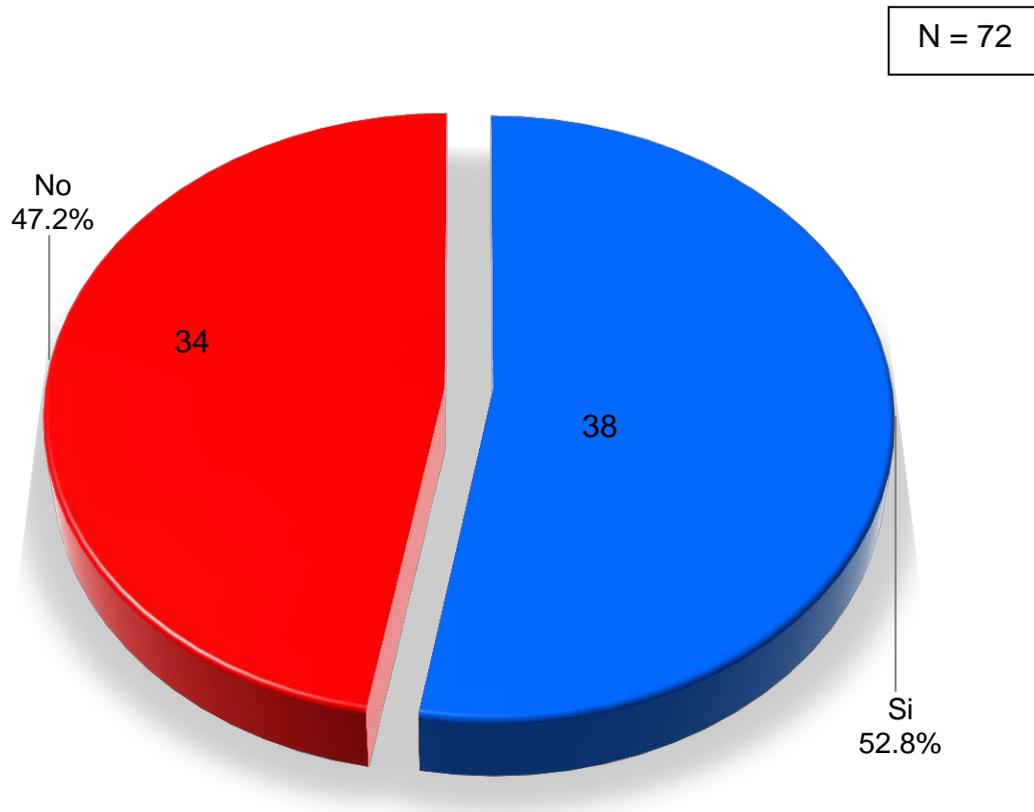
N = 72



Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Se encontró que 38 (52.8%) de embarazadas está cursando con su primer embarazo y 34 (47.2%) mujeres cursan con dos o más embarazos. Para una razón de casi una primigesta por una segundigesta o multigesta

Gráfica 13.- Primer embarazo

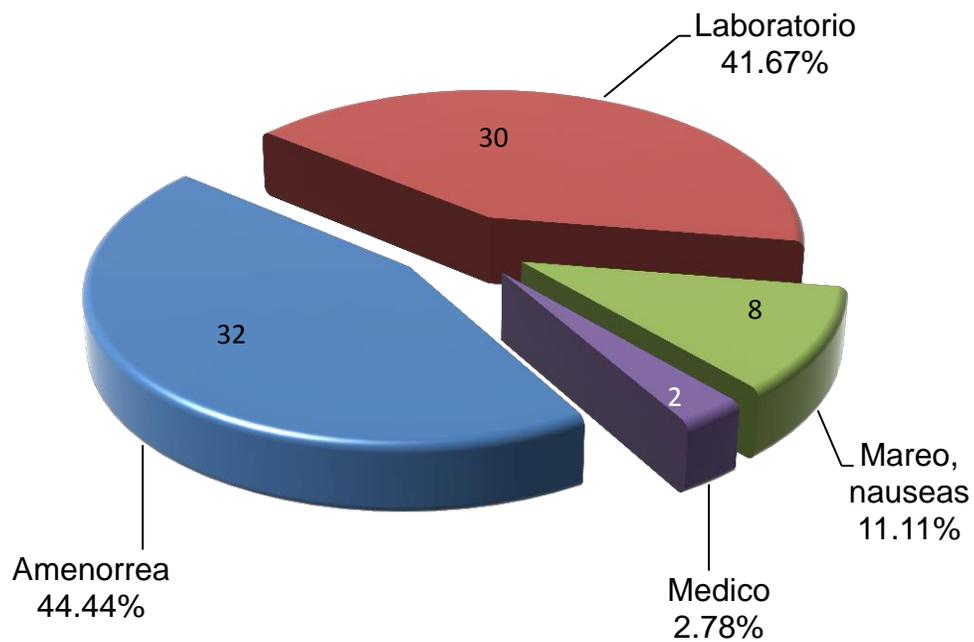


Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Al preguntarles cómo se enteró que estaba embarazada, 32 (44.44%) informaron que fue por amenorrea, 30 (41.67%) se realizó prueba de embarazo, 8 (11.11%) por síntomas y el resto 2 (2.78%), acudió con médico, quien le realizó el diagnóstico de su embarazo.

Gráfica 14.- Diagnóstico de embarazo

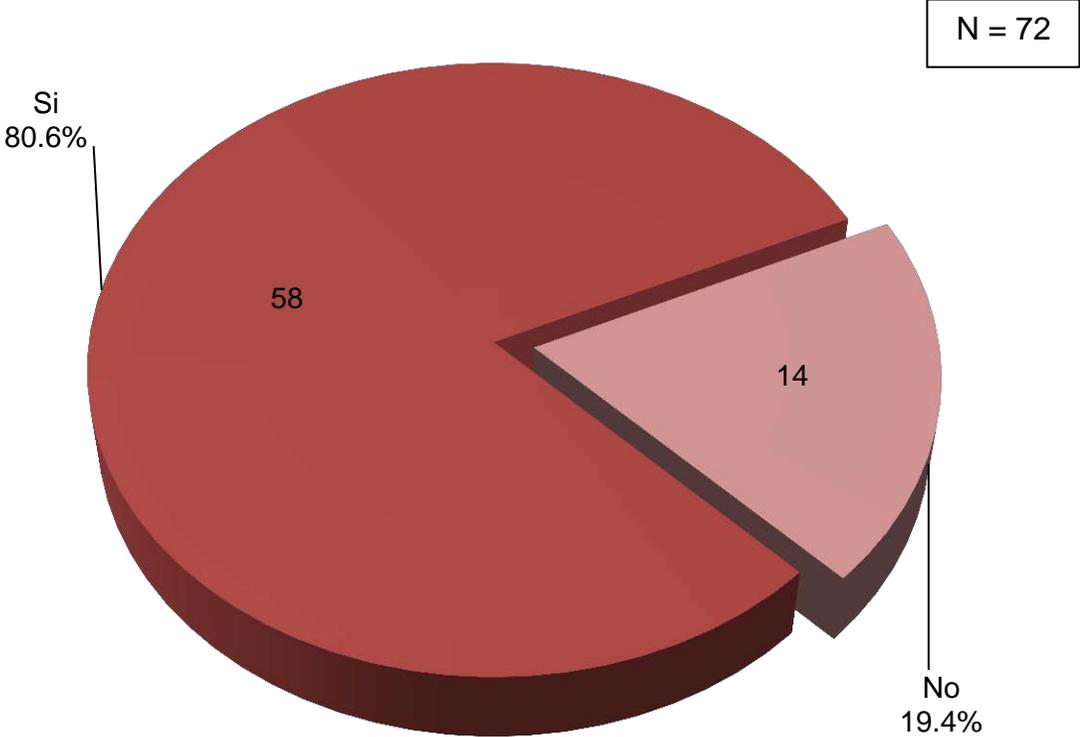
N = 72



Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Se tiene el resultado que 58 (80.6%) de las mujeres embarazadas sí acudió a solicitar atención médica para corroborar su embarazo y solo 14 (19.4%) no lo hizo. Siendo su razón de 4 embarazadas que sí solicitaron la atención para su corroboración por una que no lo hizo.

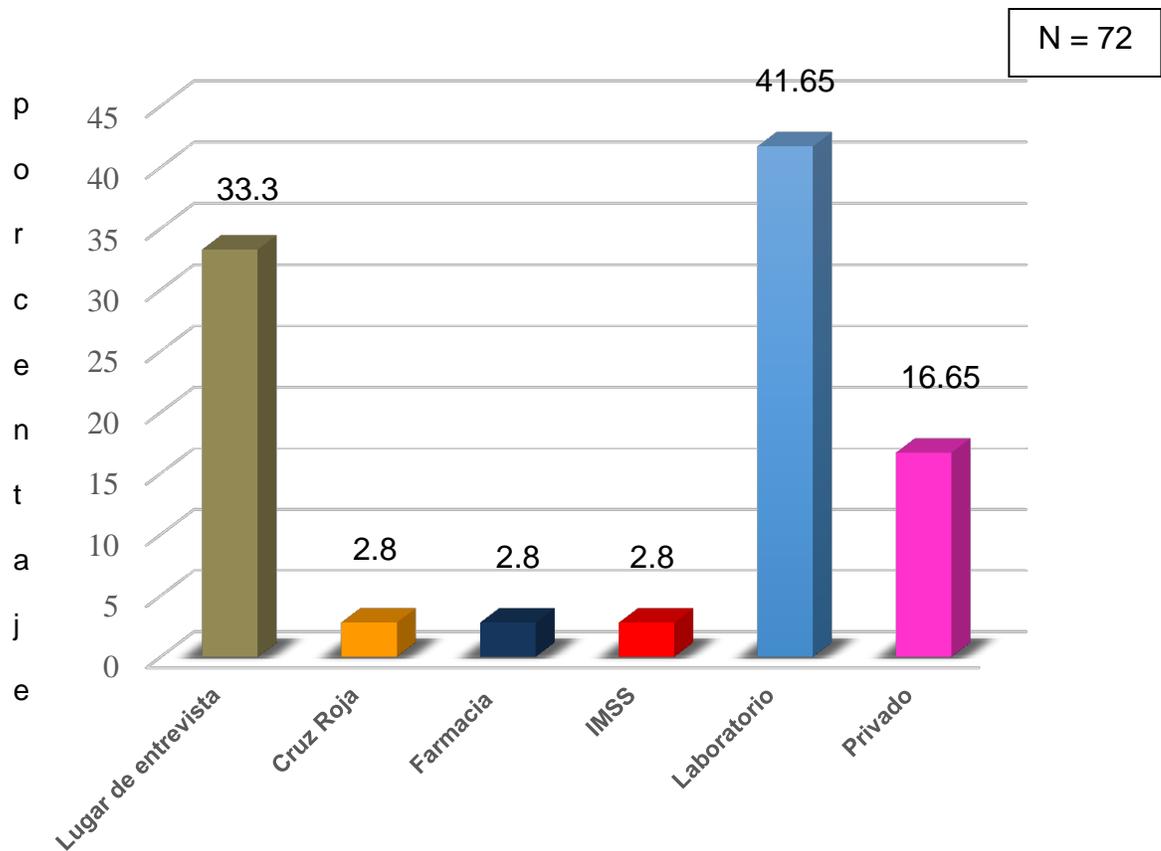
Gráfica 15.- Acude a atención médica para corroborar su embarazo



Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Se observa que el mayor número acudió a un laboratorio 30 (41.65%), seguido del lugar de entrevista con 24 que corresponde a 33.3% de pacientes, seguido de la medicina privada con 12 (16.65%) y finalmente en la Cruz Roja, IMSS o en una farmacia con 2 (2.8% respectivamente) embarazadas.

Gráfica 16.- Lugar dónde acudió a corroborar su embarazo



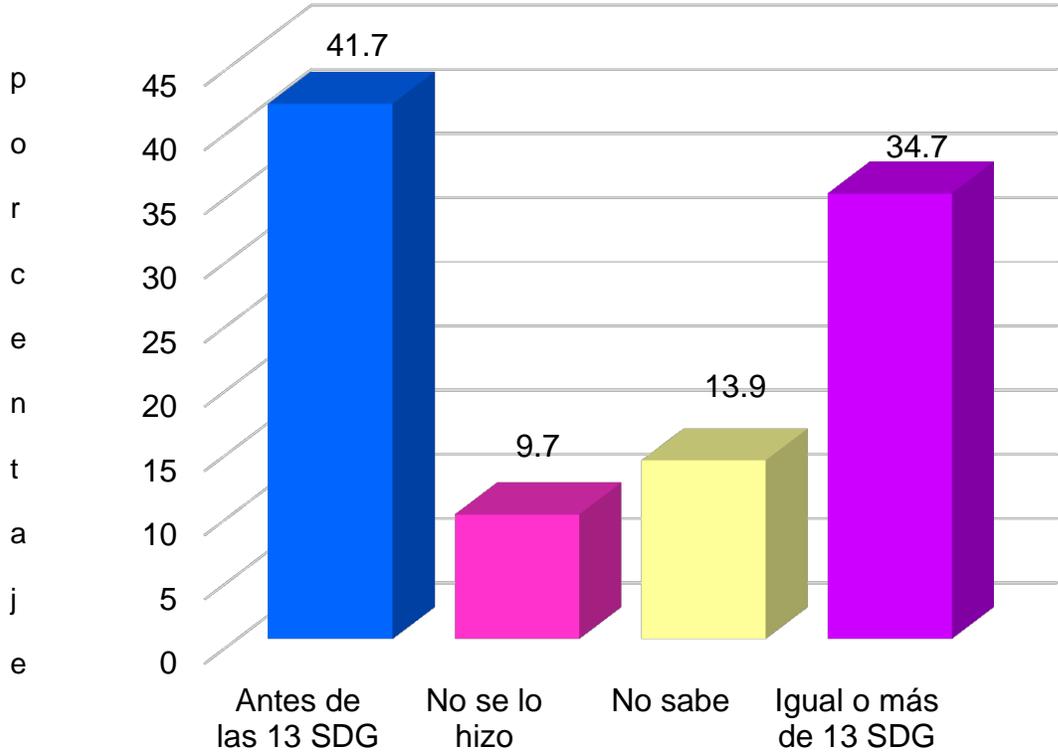
Frecuencia	24	2	2	2	30	12
------------	----	---	---	---	----	----

Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Las mujeres que se realizaron la prueba de embarazo, 30 (41.7%) fue antes de las 13 SDG, 25 (34.7%) tenía 13 o más SDG, lo que sería tardíamente de acuerdo a definición de este estudio. Pero sin embargo 7 (9.7%) no se realizó la confirmación por laboratorio y el 10 (13.9%) no sabe o no recuerda si lo hizo.

Gráfica 17.- Semanas de gestación cuando se realizó PIE

N = 72



Total	30	7	10	25
-------	----	---	----	----

Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Al acudir una embarazada a solicitar cita, se les dio la atención médica inmediatamente, sin necesidad de programarles una cita por primera vez. Por lo que las 72 embarazadas es decir el 100% de ellas fueron atendidas durante el primer contacto con los servicios de salud.

Gráfica 18.- Tiempo entre cita y consulta

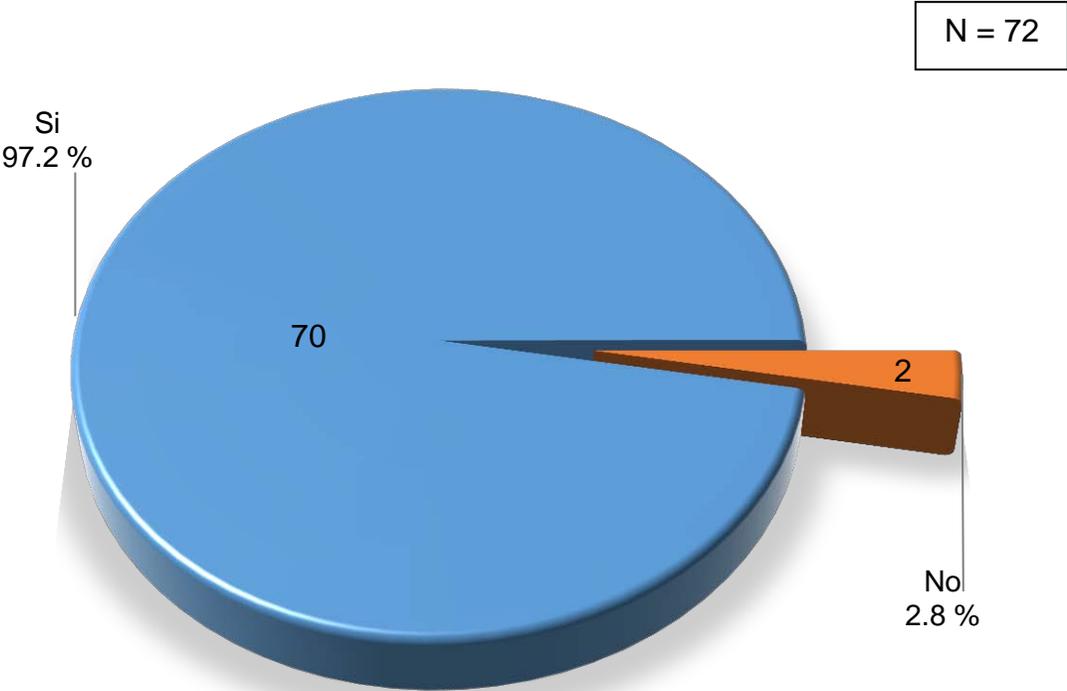
N = 72



Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Se observó que 70 (97.2%) de las encuestadas tienen facilidad de traslado para su atención médica, y solo 2 (2.8%) tienen alguna dificultad de traslado, lo anterior debido a que es una Unidad de Salud Urbana y que cuenta con un suficiente servicio y vías de comunicación (transporte, calles y accesibilidad).

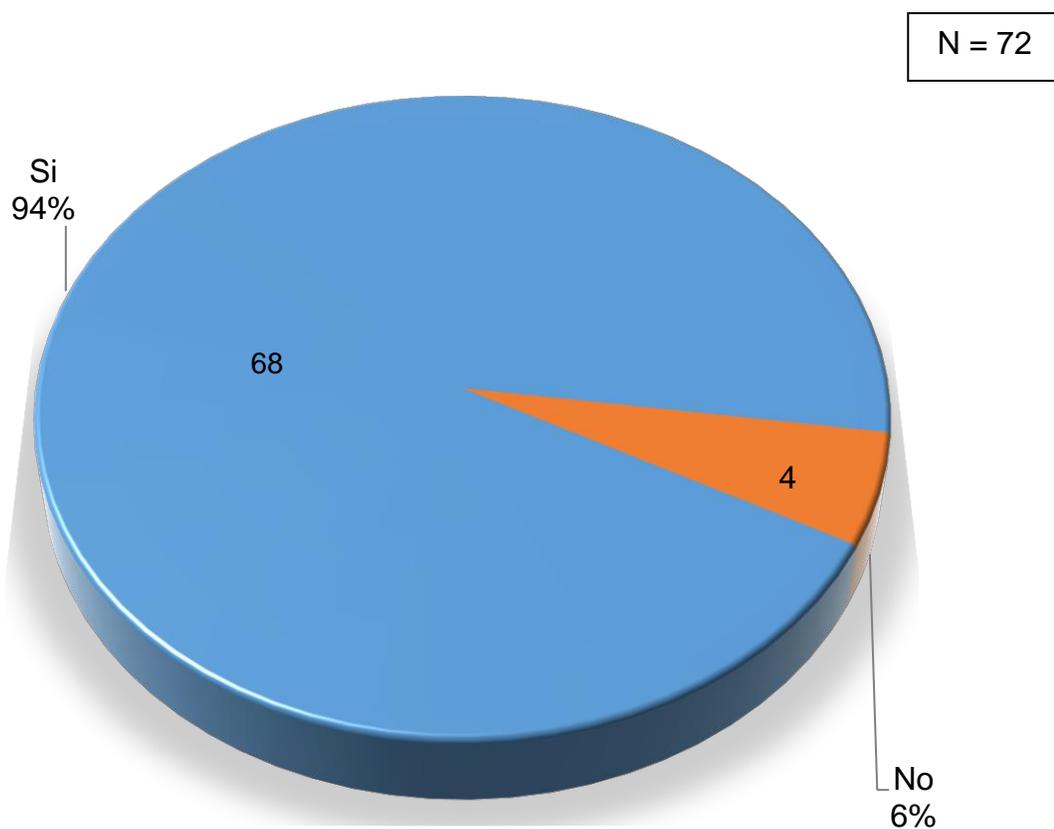
Gráfica 19.- Puede trasladarse fácilmente a sus citas



Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Se identifica en esta variable que 68 (94%) de las encuestadas se adaptan al horario de atención de la clínica, (turno matutino, vespertino y en la Jornada Acumulada). Y solo 4 (6%) refiere que no lo es, lo que se debe a que la atención se proporciona por núcleos asignados a cada población y con un horario fijo al mismo, lo que a algunas pacientes les incomoda o se les dificulta acudir debido a que laboran fuera del hogar y les es difícil acceder a permisos para su atención.

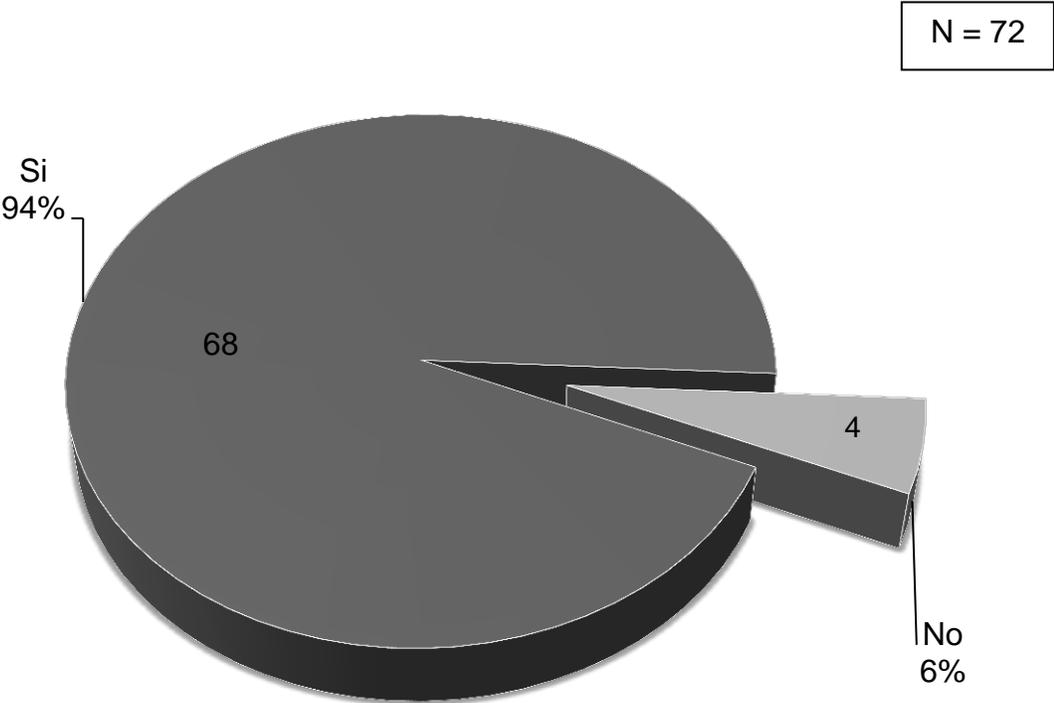
Gráfica 20.- Horario de atención medica adecuado



Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

A la pregunta que si los servicios otorgados en el Centro de Salud son buenos 68 (94%) embarazadas respondió que sí, pero 4 (6%) dijo que no, debido a que informaron que se debería de contar en la unidad con servicio de ultrasonido y/o de laboratorio.

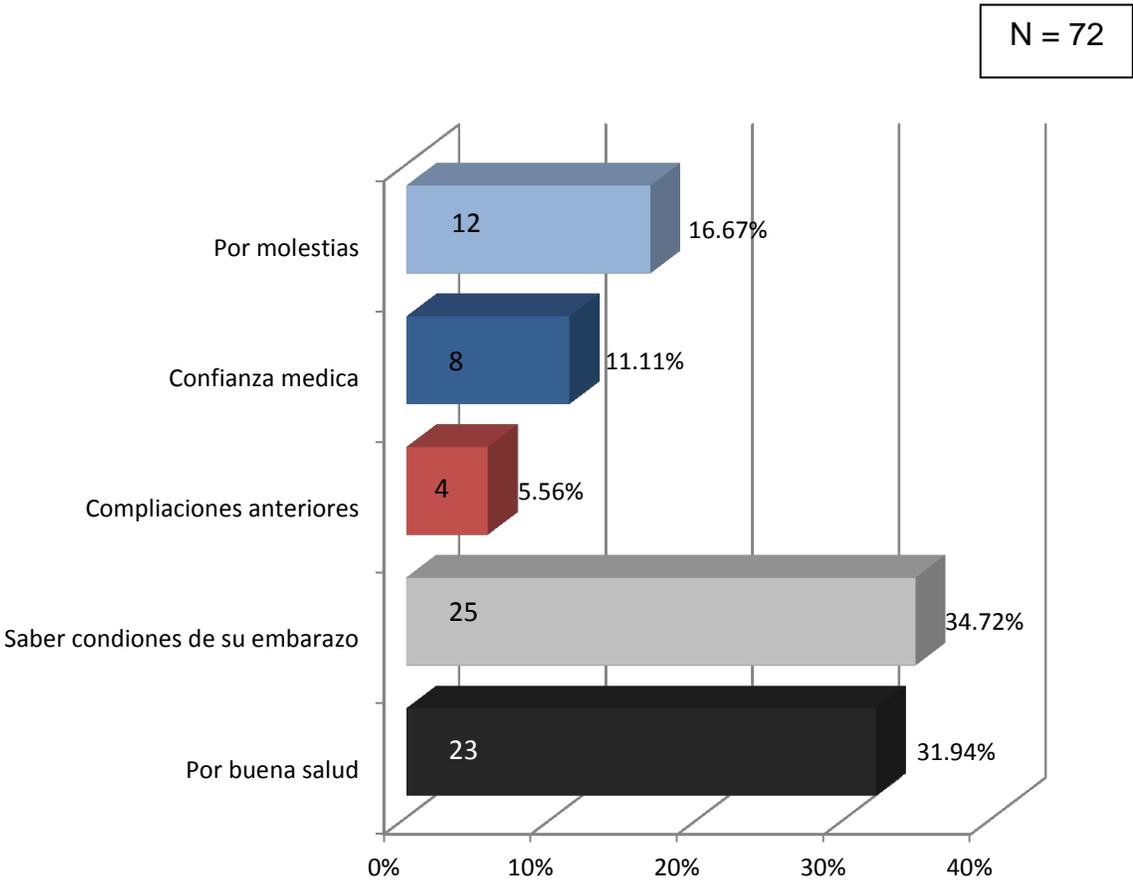
Gráfica 21.- Los servicios de la clínica son buenos



Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Del total de embarazadas investigadas 25 (34.72%) contestaron que acudieron a control prenatal para saber las condiciones de su embarazo, un número de 23 (31.94%) contestó que acudió para mantenerse con buena salud durante el embarazo, así mismo, por molestias acudieron 12 (16.67%) embarazadas, por confianza médica 8 (11.11%) mujeres y por complicaciones en embarazos anteriores 4 (5.56%) personas.

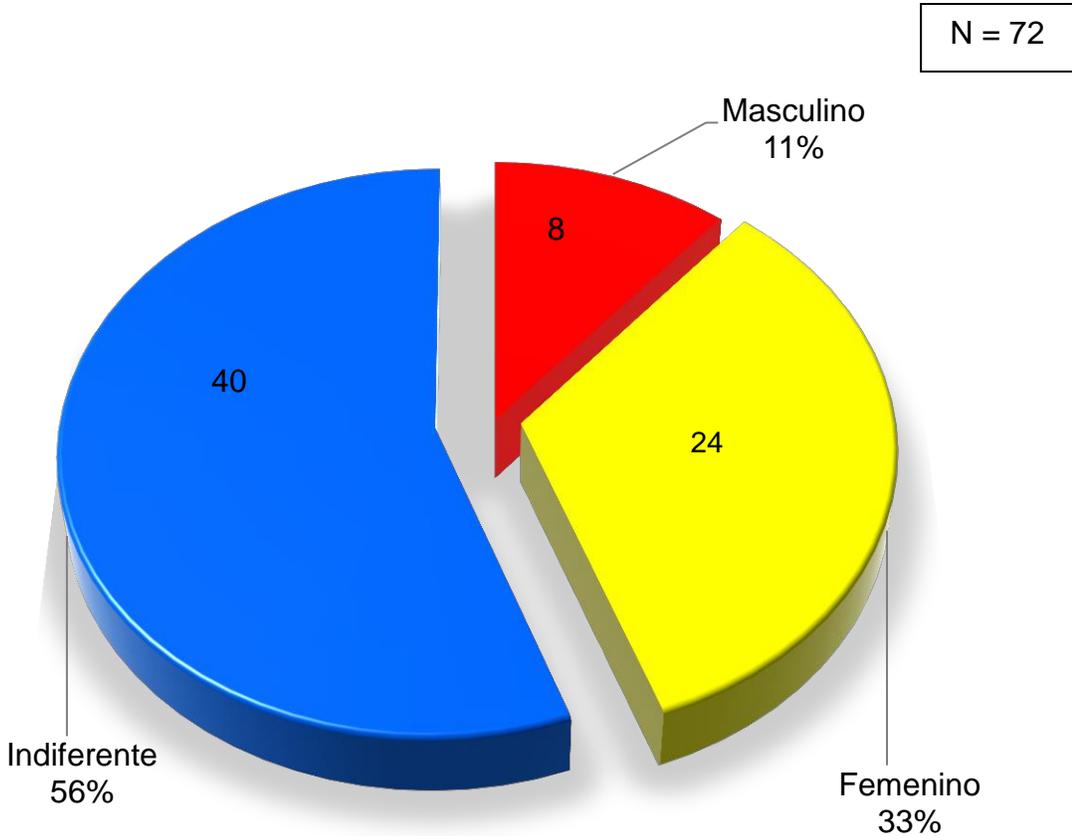
Gráfica 22.- Causa que motivaron iniciar el control prenatal



Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Se tuvo el resultado que las 72 embarazadas encuestadas, a 40 (56%) de ellas les es indiferente el sexo de su doctor, 24 (33%) prefieren sea del sexo femenino, tal vez por comodidad propia al ser de su mismo sexo y 8 (11%) preferirían que fuera del sexo masculino.

Gráfica 23.- Sexo que prefiere de su doctor

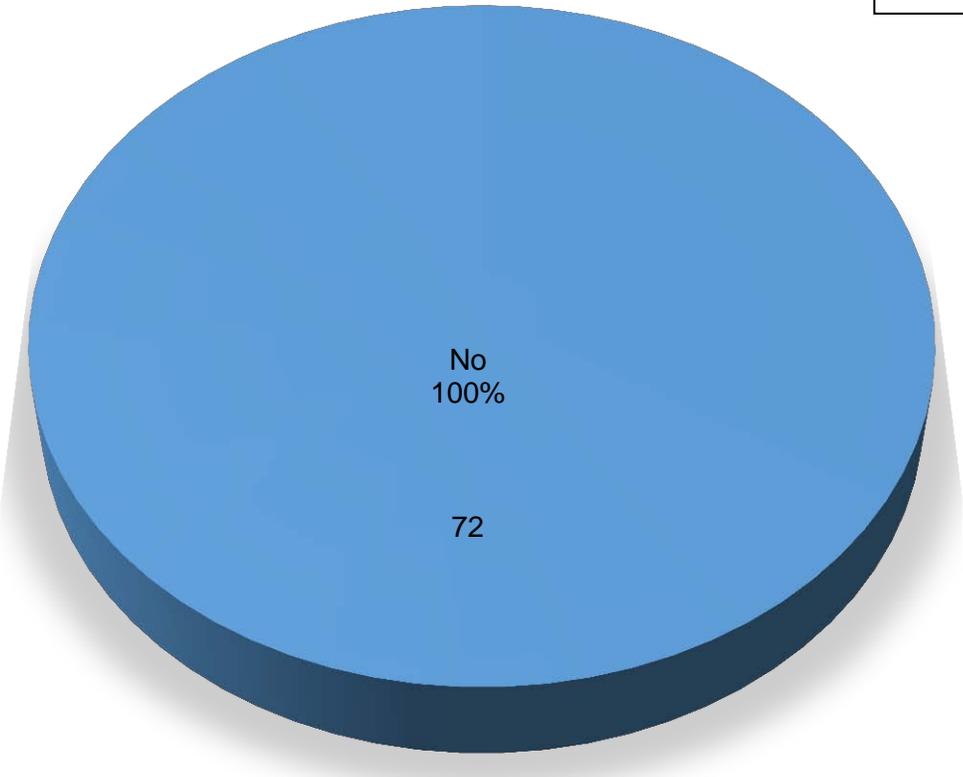


Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

En cuanto a que si el sexo de su médico influye para su atención, el 100% refiere que no influye el acudir o no si es hombre o mujer.

Gráfica 24.- Inicio más tarde el CPN por el sexo de su doctor

N = 72



Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Del total de embarazadas investigadas 42 (58.3%) respondieron que su embarazo sí fue planeado, mientras que el restante 30 (41.7%) no lo planeó.

Gráfica 25.- Su embarazo fue planeado

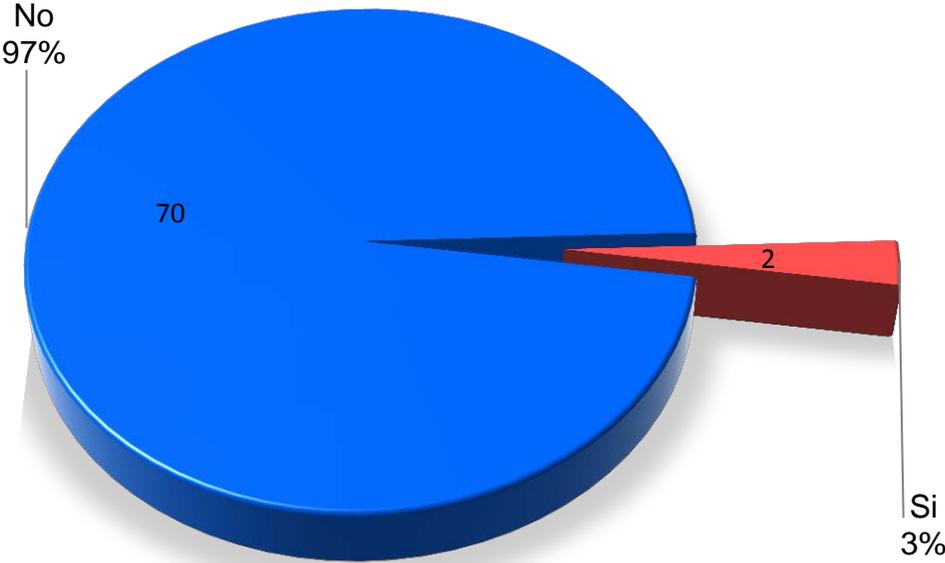


Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Del total de embarazadas investigadas 70 que corresponde a 97% de mujeres nunca pensó en abortar, fuera o no planeado el embarazo, solo 2 que corresponde al 3% lo pensó pero nunca lo intentó.

Gráfica 26.- Pensó en abortar

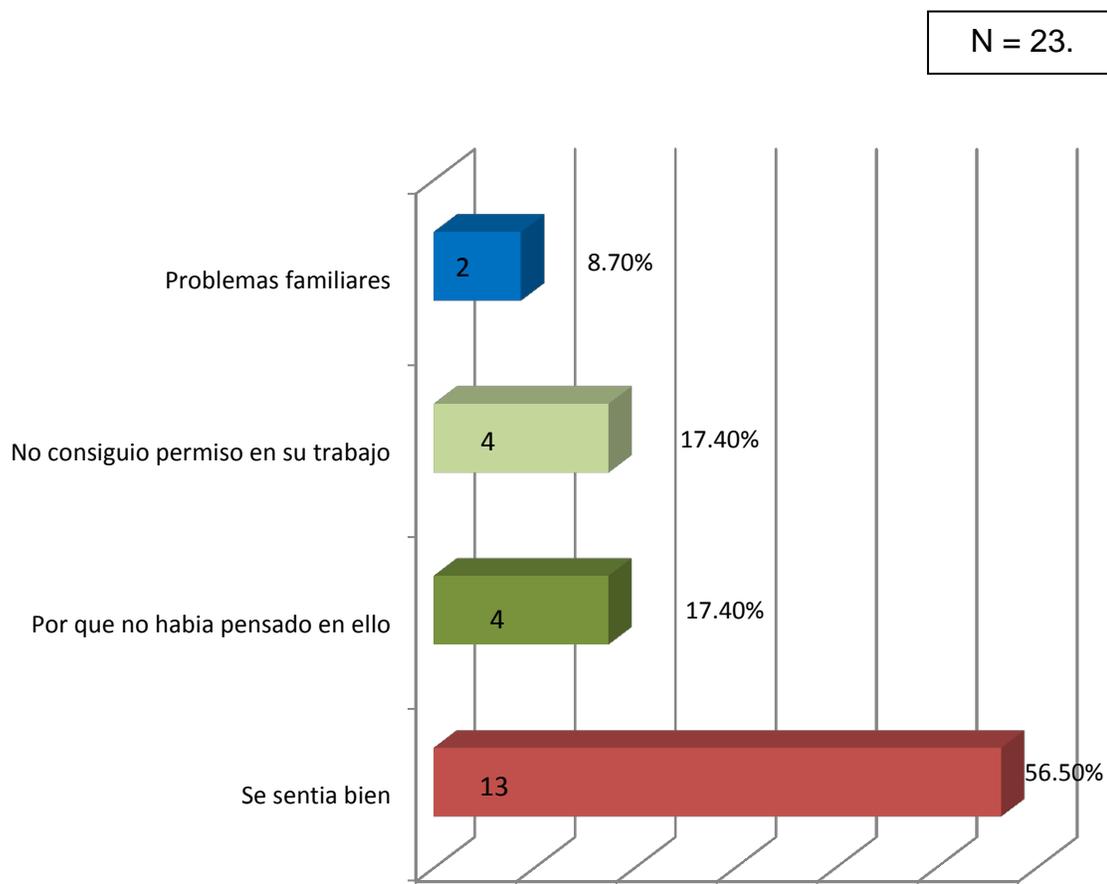
N = 72



Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Entre otras causas que motivaron a iniciar tardíamente el control prenatal, se encontró, el sentirse bien con 13 (56.50%) embarazadas, porque no había pensado en ello 4 (17.40%) embarazadas, no consiguió permiso en su trabajo 4 (17.40%) y por problemas familiares 2 (8.70%) embarazadas.

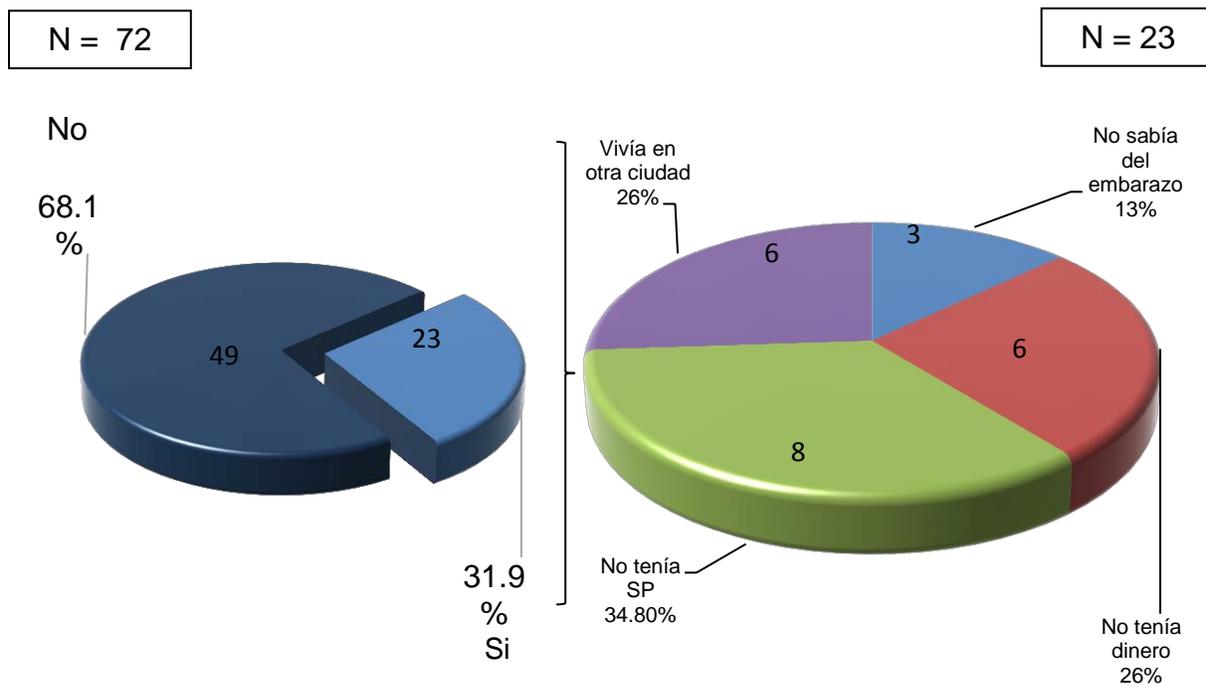
Gráfica 27.- Inicio el CP más tarde por qué



Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Del total de pacientes estudiadas, 23 (31.9%) de ellas iniciaron el Control Prenatal tardío, de las cuales 8 (34.8%) mujeres encuestadas refirieron no tener Seguro Popular, 6 (26%) personas refirieron que vivían en otra ciudad y que no tenían dinero respectivamente, así mismo 3 (13%) de ellas manifestaron que no sabían de su embarazo y fueron diagnosticadas por su médico.

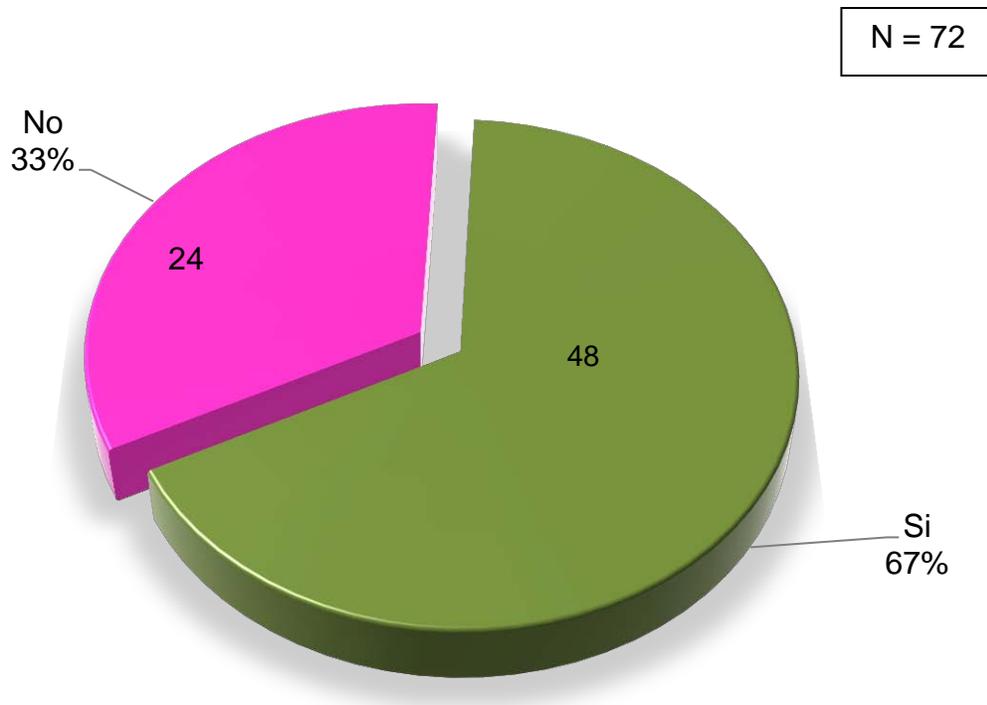
Gráfica 28.- Otras causas que ocasionaron iniciar control prenatal tardío



Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

En relación sobre quien acompaño a la cita, 24 que corresponde a 33% de embarazadas encuestadas acudió sin acompañante a la consulta médica, mientras que 48 (67%) lo hizo con su pareja o algún otro familiar. Con una razón de 2 mujeres que sí fueron acompañada por una que asistió sin compañía.

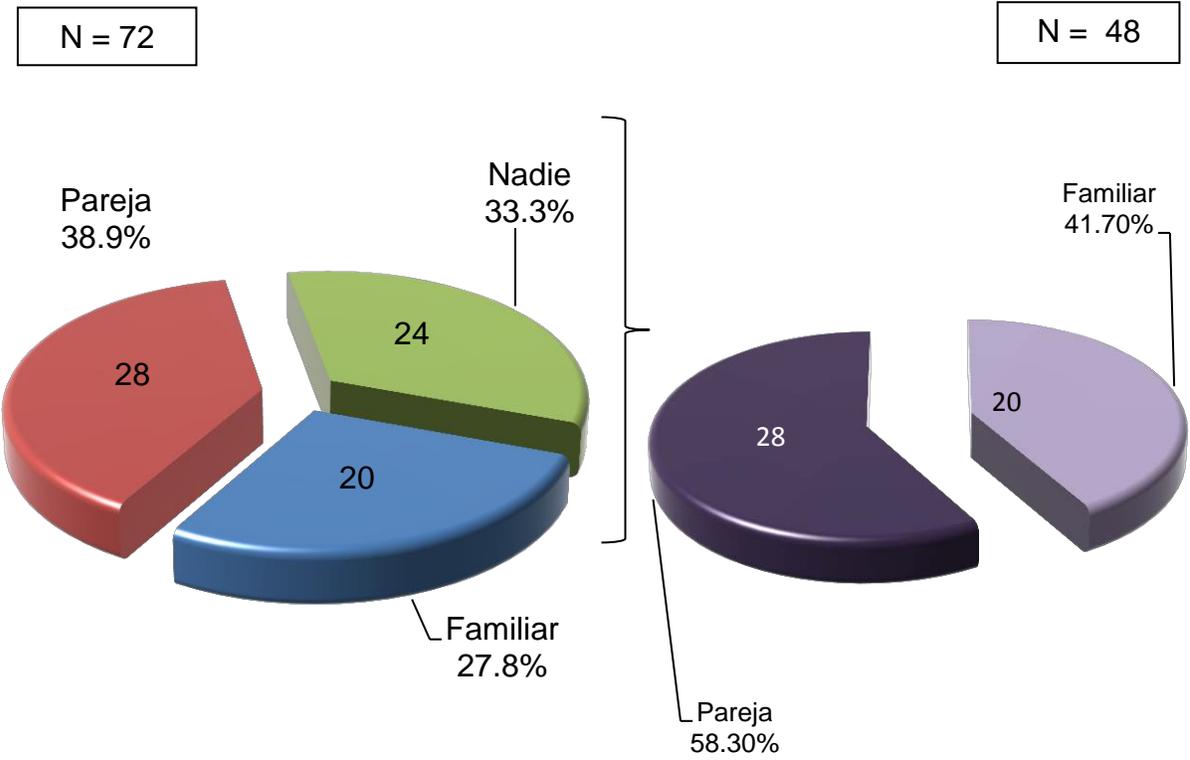
Gráfica 29.- Alguien acompaño a la cita



Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

De las mujeres acompañadas a la consulta 20 (41.70%) lo hicieron con algún familiar y 28 (58.3%) con su pareja, con una razón de 1.4 que sí fue acompañada por su pareja por cada una que fue acompañada por algún familiar.

Gráfica 30.- Quién la acompaña

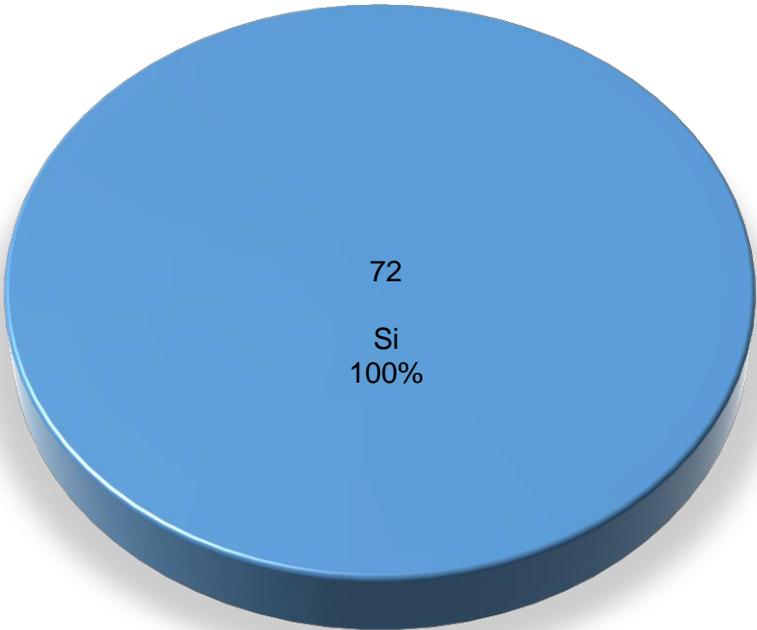


Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

En cuanto a que si estaban informadas sobre el CP las 72 es decir el 100% de las mujeres encuestadas informaron que alguien sí les habían informado sobre el CP

Gráfica 31.- Le han informado sobre CP

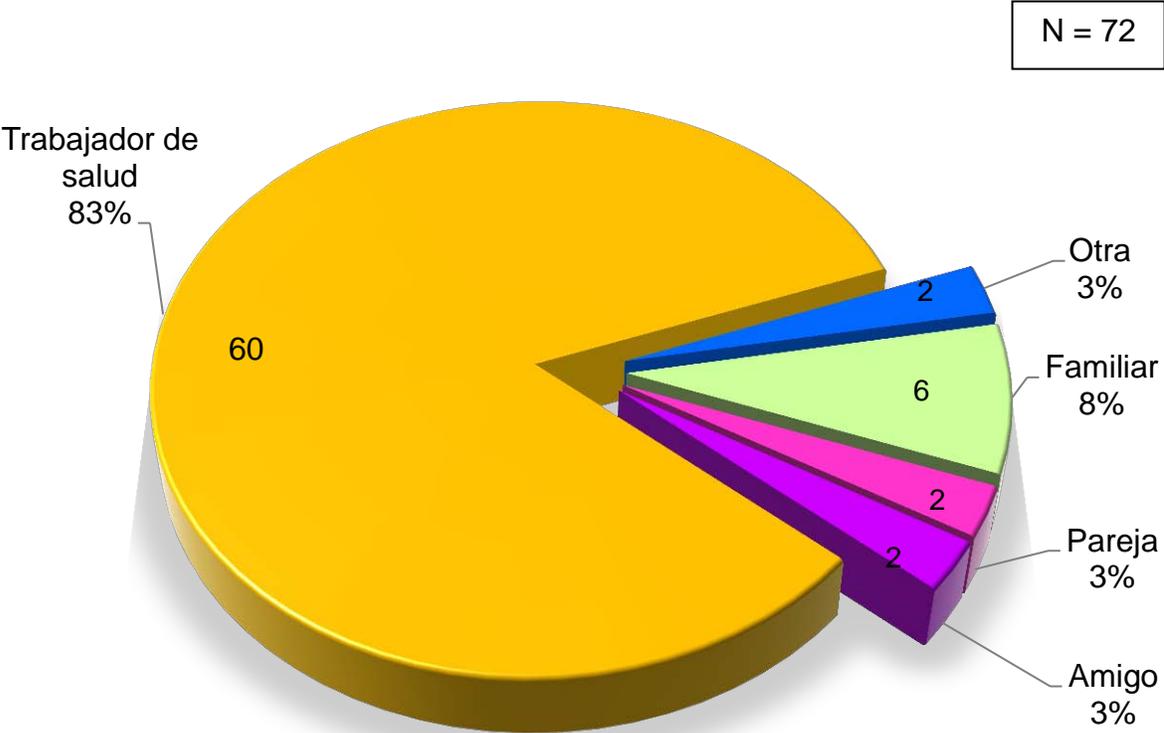
N = 72



Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Respecto a quien informó del CP encontramos que 60 (83%) de las mujeres informadas sobre el CP fue hecho por el personal de salud, 12 (17%) embarazadas le informó otra persona, 6 (8%) por un familiar y el resto por otra persona (3% cada uno) entre pareja, amigos y otra, respectivamente

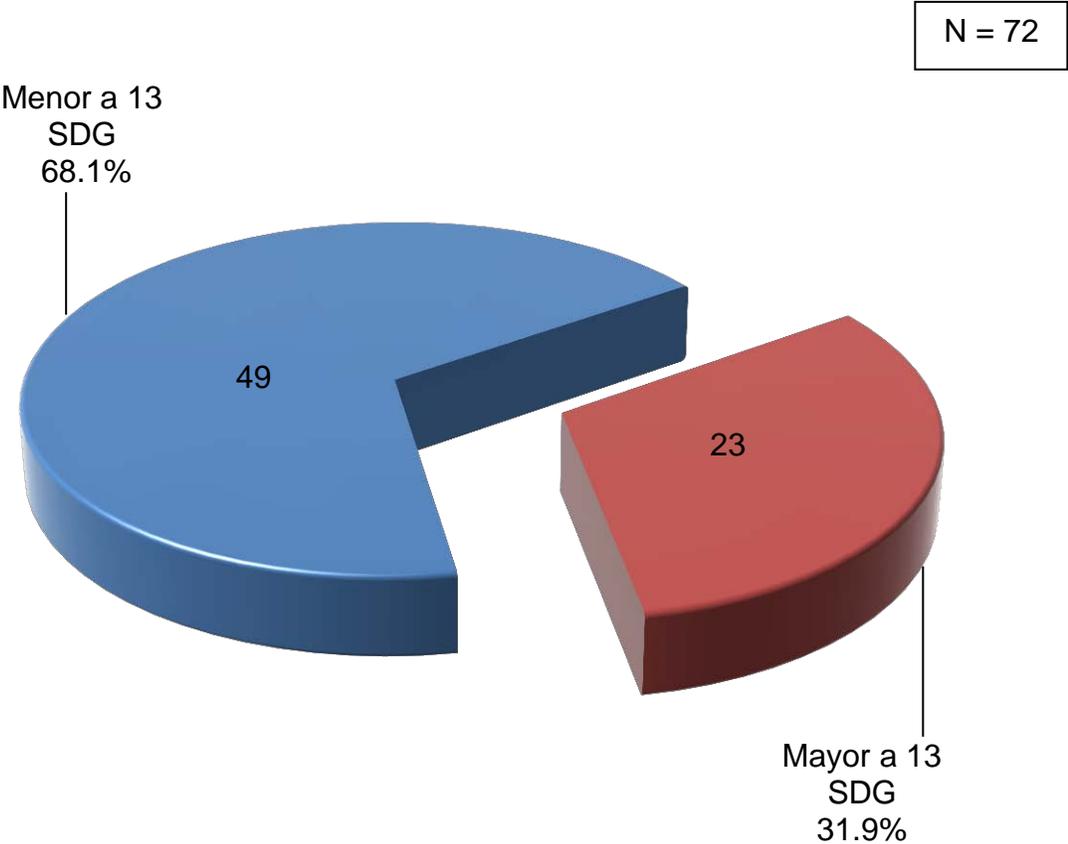
Gráfica 32.- Quién le informo sobre el control prenatal



Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

En relación a semanas de gestación en su primera consulta tenemos que de 72 embarazadas estudiadas, 49 (68.1%) de ellas acudieron oportunamente a su Control Prenatal por 23 (31.9) que lo hicieron oportunamente, siendo el promedio de SDG durante su 1ra. consulta de 11.3, la mediana de 9.5, la moda de 6 semanas, así mismo la desviación estándar fue de 7.1, la varianza de 50.8, el rango o recorrido fue de 35 SDG, la personas que acudió a control más oportuno tenía 2 SDG y la más tardía fue de 37 SDG.

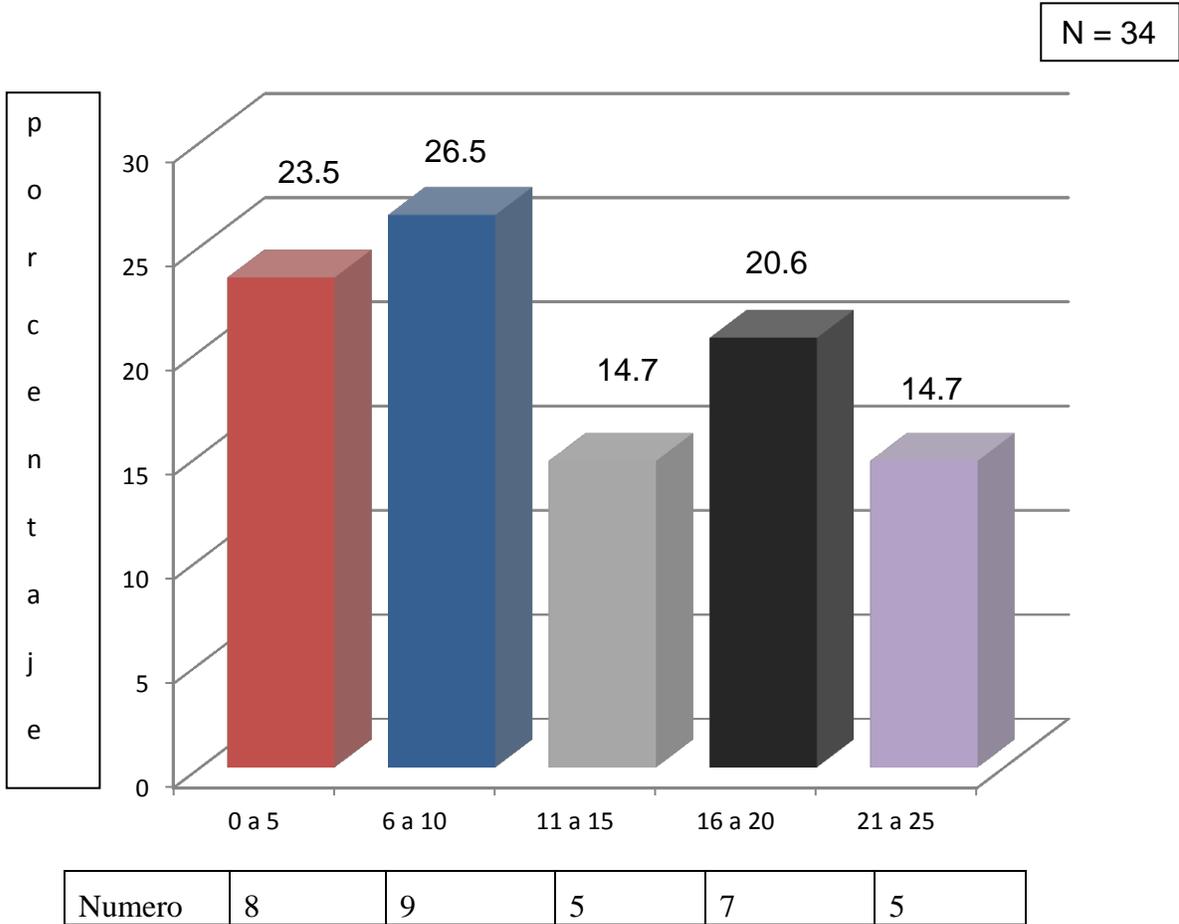
Gráfica 33.- Semanas de gestación cuando fue a su primera consulta



Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Encontramos que de las 72 embarazadas investigadas 38 (52.77%) fueron primigestas, el resto, es decir 34 (47.23%) embarazadas, como se observa en la gráfica, ya habían tenido algún embarazo anteriormente. De estas 9 (26.5%) inició su control prenatal entre las 6-10 SDG, 8 (23.5%) inicio su control prenatal en las primeras 5 semanas de gestación, 7 (20.6%) tenían entre 16 a 20 SDG, 5 (14.7%) embarazadas tenia de 11 a 15 y de 21 a 25 SDG respetivamente. En promedio de SDG fue de 12.12, la mediana de 11, la moda de 4 semanas, así mismo la desviación estándar fue de 6.75, la varianza de 45.68, el rango o recorrido fue de 22 SDG, la personas que acudió a control prenatal con menor semanas fue de 3 y la más tardía fue de 25 SDG.

Gráfica 34.- En su último embarazo cuantas semanas de gestación tenía cuando inicio su control

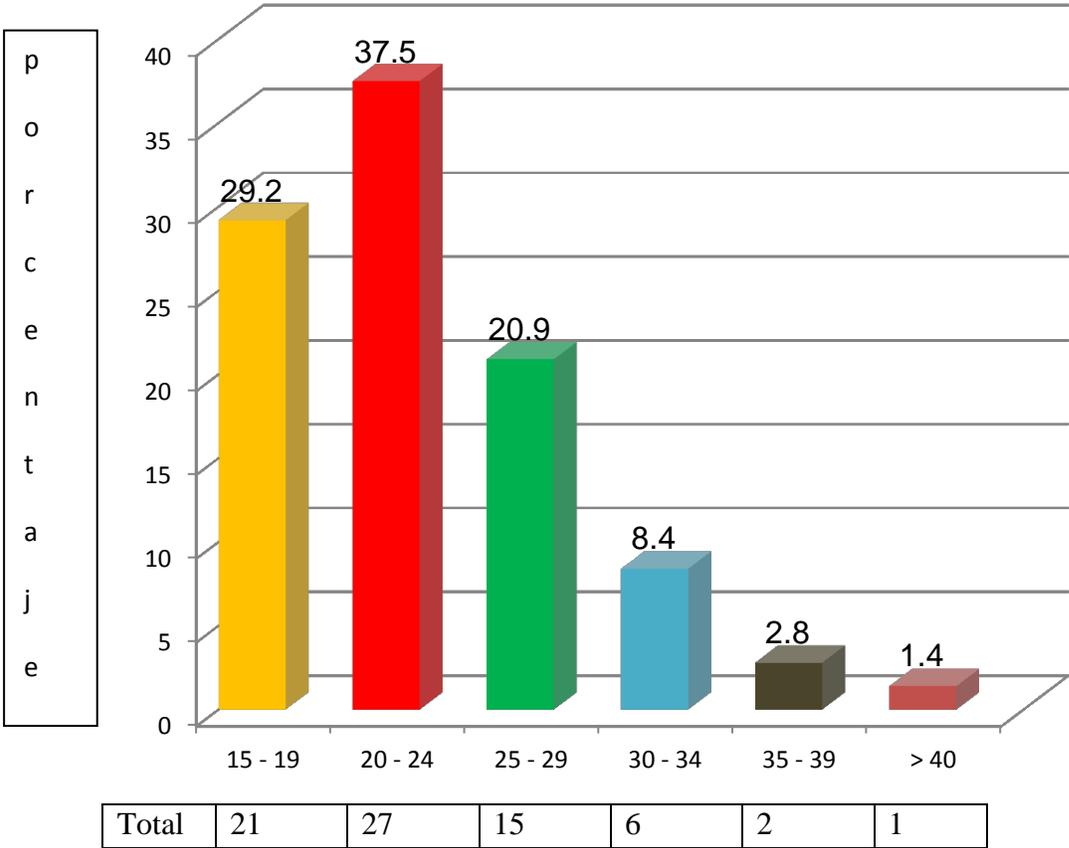


Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Tenemos que de las 72 embarazadas estudiadas, 21 (29.2%) tiene entre 15 a 19 años de edad y 3 (4.2%) son mayores de 35 años de edad, lo que condiciona un embarazo de riesgo, prevalece la edad reproductiva adecuada 20 a 24 años con 27 (37.5%) embarazadas, de 25 a 29 años con 15 (20.9%) embarazadas y de 30 a 34 años con 6 (8.4%) embarazadas estudiadas. Del total de esta serie estudiada, el promedio de edad fue de 23.19, la mediana de 22, la moda de 19 años, así mismo, la desviación estándar fue de 5.3, la varianza de 28.18, el rango o recorrido fue de 25 años de edad, la personas con menor edad que acudió a control fue de 15 años y la de mayor edad fue de 40 años de edad.

Gráfica 35.- Qué edad tiene

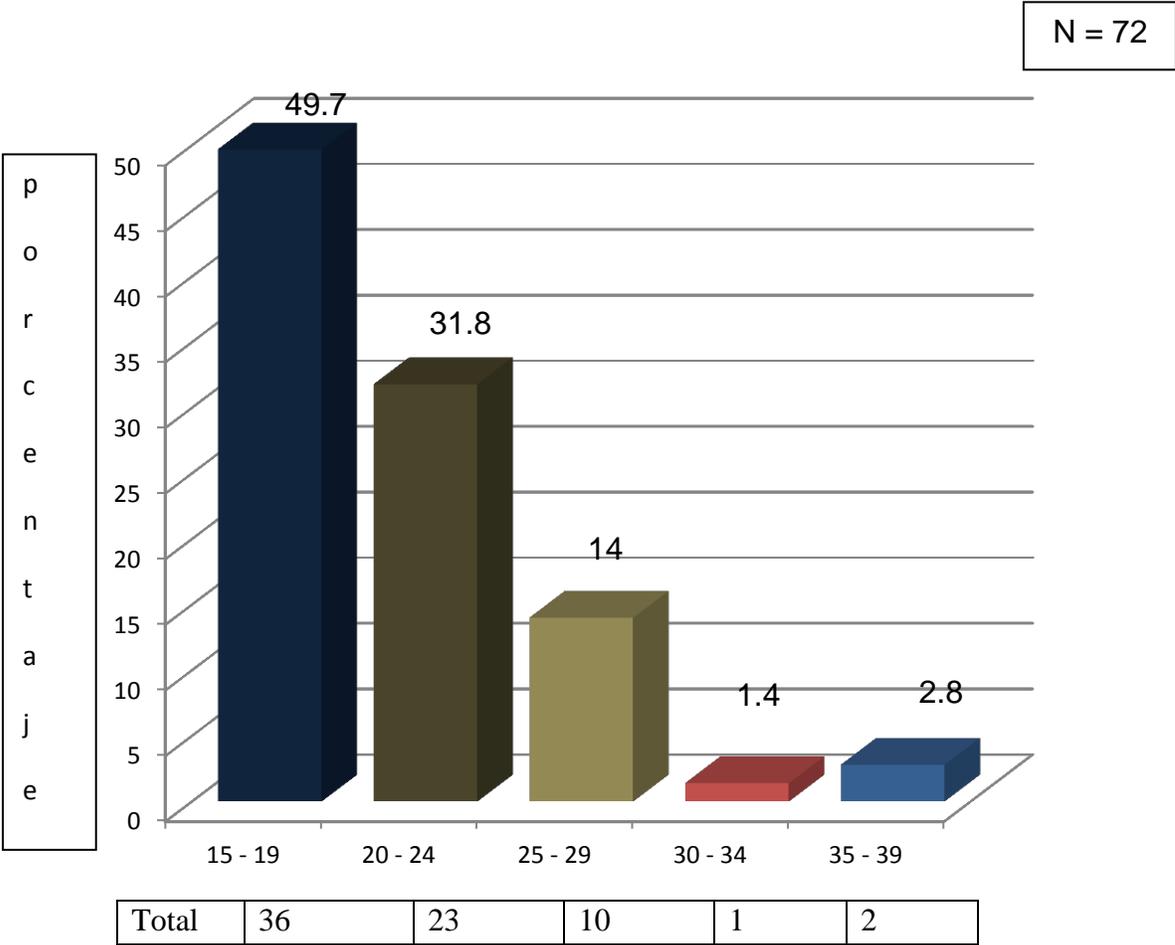
N = 72



Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Se observa que de las 72 embarazadas investigadas 59 (81.5%) tuvo su primer embarazo en edades tempranas (entre 15 a 19 años de edad, 36 personas y de 20 a 24 años 23 personas), el resto está entre 25 a 29 años con 10 (14%) personas, de 30 a 34 años con 1 (1.4%) persona y de 35 a 39 años con 2 (2.8%) personas. El promedio de edad fue de 20.68 años, la mediana de 19.50, la moda de 17 años, así mismo la desviación estándar fue de 4.44, la varianza de 19.79, el rango o recorrido fue de 21 años, la personas con menor edad en su primer embarazo fue de 15 años y la de mayor edad a su primer embarazo fue de 36 años de edad.

Gráfica 36.- Edad al primer embarazo

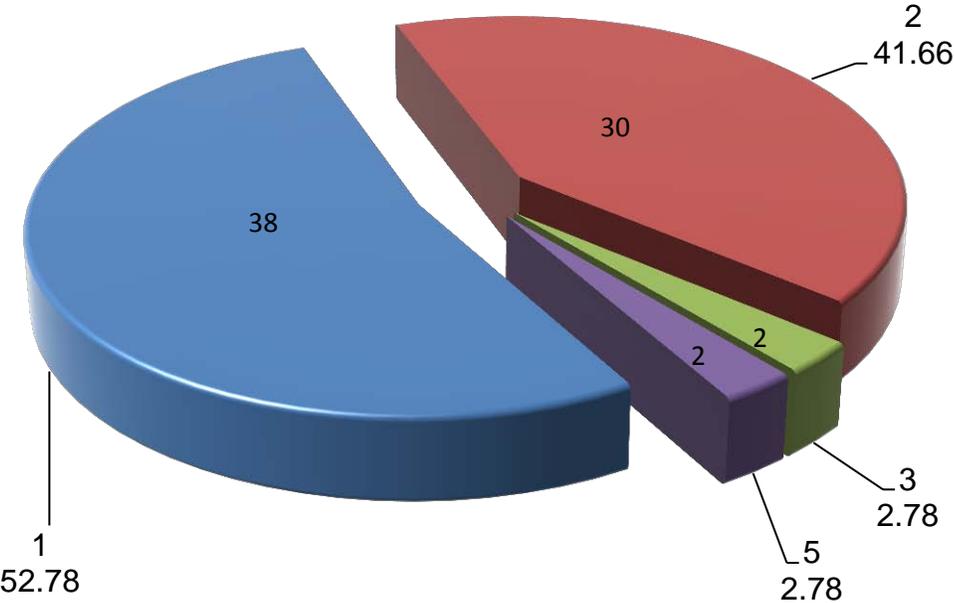


Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Se encontró que de 72 embarazadas estudiadas el promedio de embarazos es de 1 (embarazo actual) que corresponde a 38 (52.78%) embarazadas, 2 (41.66%) embarazadas que corresponde a 30 embarazadas, 3 y 5 embarazos que corresponde a 2 (2.78%) embarazadas respectivamente, siendo un promedio de 1.58 embarazos, la mediana de 1, la moda de 1, así mismo la desviación estándar fue de .80, la varianza de .64, el rango o recorrido fue de 4, la personas con menor número de embarazos fue de 1 y el máximo de embarazos fue de 5.

Gráfica 37.- Cuántos embarazos ha tenido

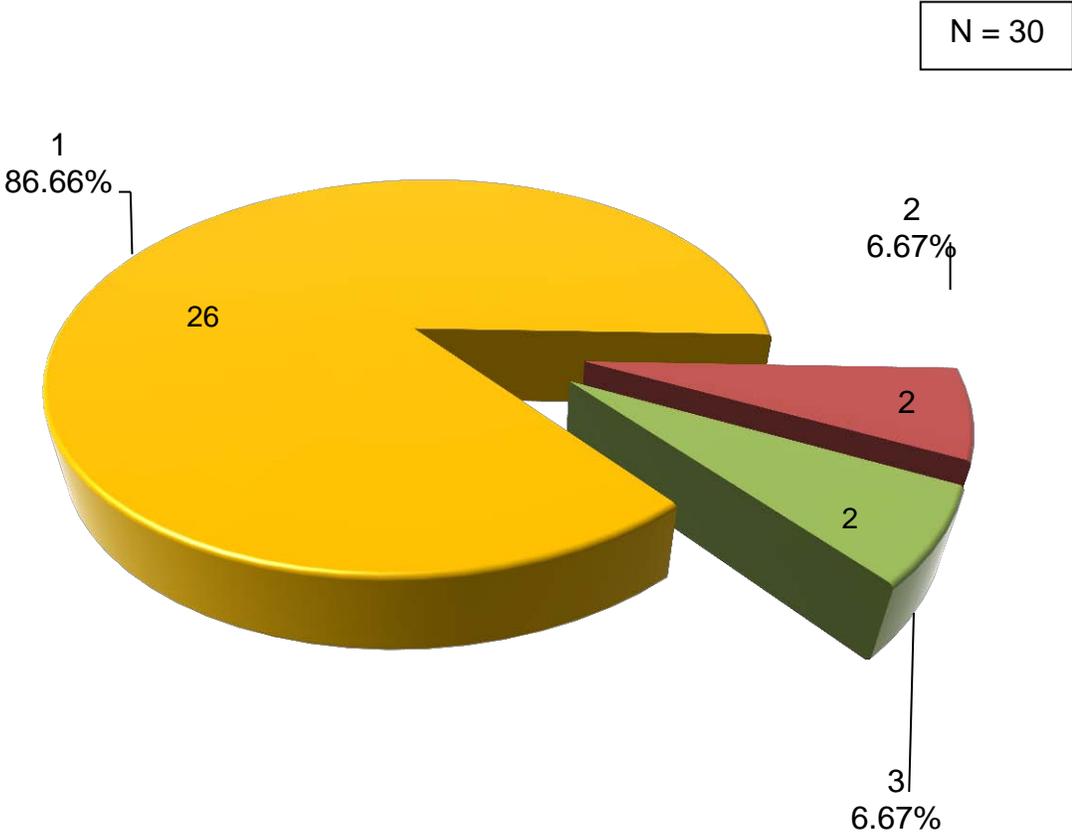
N = 72



Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Al preguntar sobre hijos previos tenemos que, 26 (86.66%) de ellas contaban con un hijo, 2 (6.67%) con dos hijos y 2 (6.67%) más con tres hijos que nacieron vivos, teniendo un promedio de 1.17 hijos, la mediana de 1, la moda de 1, así mismo la desviación estándar fue de .53, la varianza de .28, el rango o recorrido fue de 2, la personas con menor número de hijos nacidos vivos fue de 1 y el máximo fue de 3 hijos nacidos vivos.

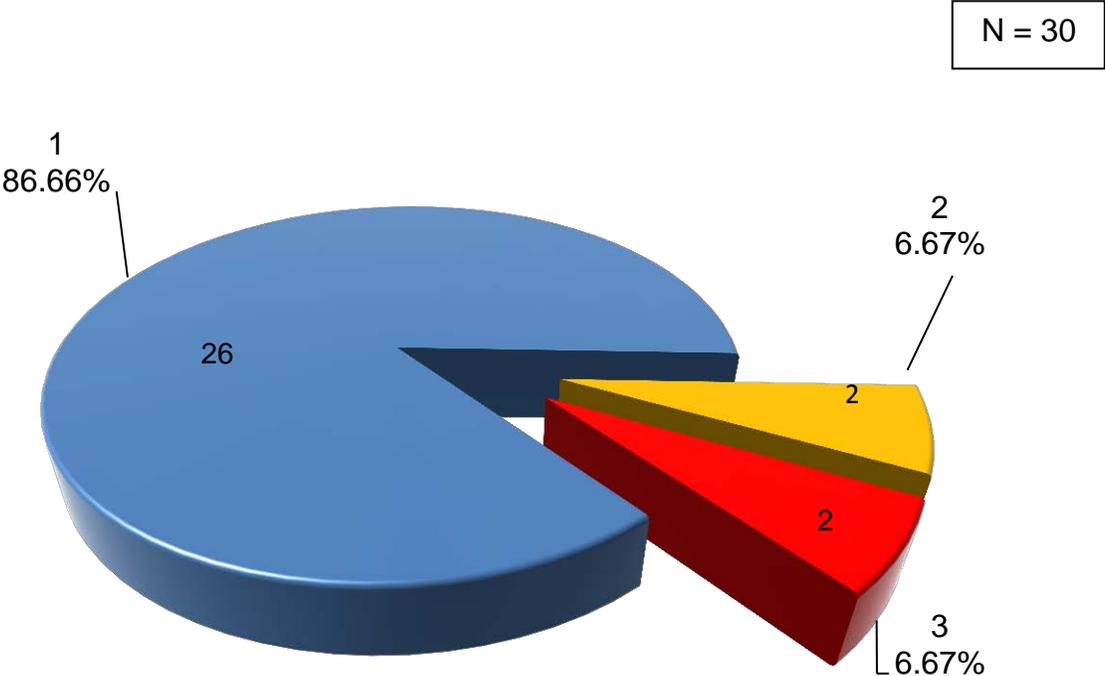
Gráfica 38.- Hijos previos nacidos vivos



Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Se encontró que de las 72 embarazadas estudiada 4 (13.34%) fueron segundigesta pero sin hijos ya que habían presentado un aborto en su embarazo anterior, viviendo 30 hijos actualmente, teniendo un promedio de 1.17 de hijos vivos, la mediana de 1, la moda de 1, así mismo la desviación estándar fue de .55, la varianza de .30, el rango o recorrido fue de 2, la personas con menor número de hijos vivos fue de 1 y el máximo fue de 3 hijos vivos.

Gráfica 39.- Hijos vivos actualmente

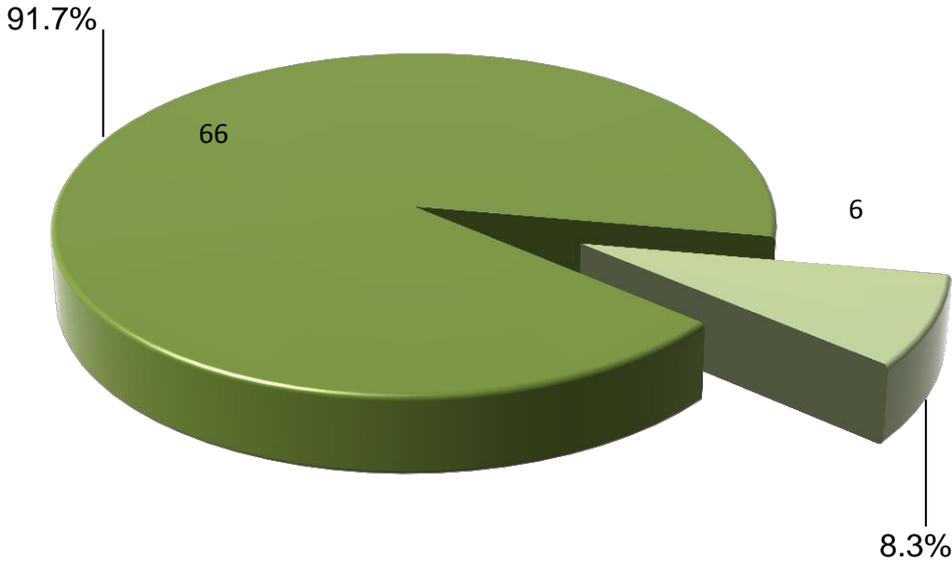


Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Se observó de las 72 embarazadas estudiadas que 66 (91.7%) se hicieron la prueba de embarazo o supieron de su embarazo oportunamente (antes de las 13 SDG) y solo 6 (8.3%) se la realizaron o supieron de su embarazo tardíamente (después de las 13 SDG), aun así, la asistencia a control prenatal no fue inmediata, algunas lo hicieron tardíamente. En promedio fue de 5.17 SDG, la mediana de 2, la moda de 1, así mismo la desviación estándar fue de 6.56, la varianza de 43, el rango o recorrido fue de 31, la personas con menor número de semanas a su primera consulta fue de 1 semana y la máxima fue de 32 semanas.

Gráfica 40.- Embarazadas que se realizaron prueba de embarazo oportunamente (antes de las 13 SDG)

N = 72

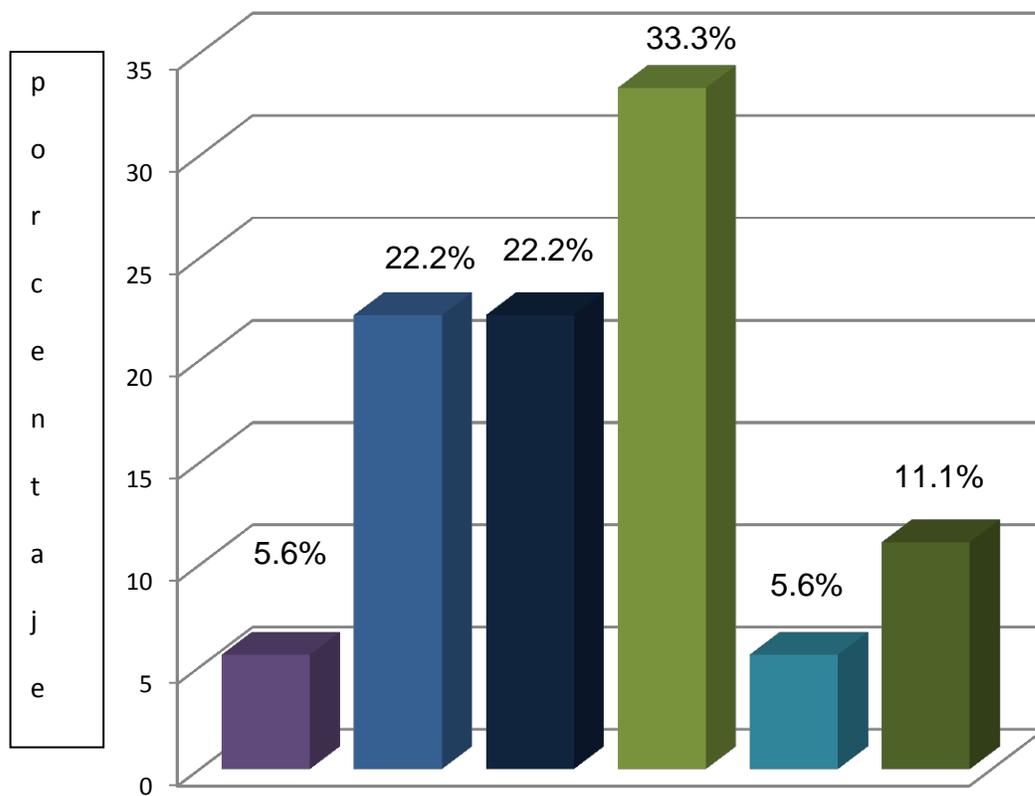


Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

En cuanto al tiempo de traslado de las 72 embarazadas estudiadas el 72 (100%) se tarda menos de 30 minutos en llegar a la clínica de salud, ya sea caminando o en auto, 60 (80.3%) lo hace en los primeros 20 minutos y 30 (50%) en menos de 15 minutos, esto por tratarse de un área urbanizada con todas las facilidades de traslado. El promedio fue de 17.22 minutos, la mediana de 17.50, la moda de 20, así mismo la desviación estándar fue de 6.76, la varianza de 45.6, el rango o recorrido fue de 25, la persona con menor tiempo fue de 5 minutos y la de mayor tiempo fue de 30 minutos.

Gráfica 41.- Tiempo de traslado a esta cita en minutos

N = 72



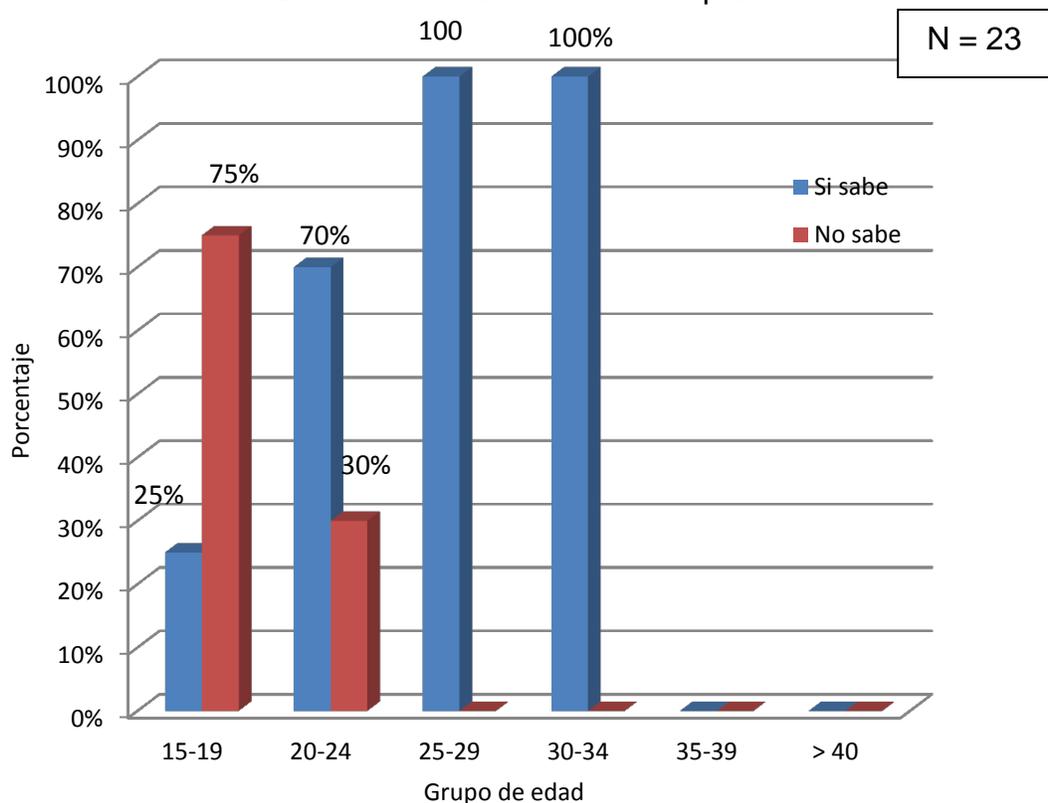
Minutos	5	10	15	20	25	30
Totales	4	16	16	24	4	8

Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Análisis bivariado

Del total de mujeres que acudieron tardíamente a control prenatal, la edad que prevaleció fue de 15 a 19 años y de 20 a 24 años, pero al preguntarles sobre el conocimiento de qué es el CP en la edad de 15 a 19 años solo 2 personas que corresponden al 25% sabían que es el CP y 6 personas en este grupo de edad no lo sabían, a diferencia de la edad de 20 a 24 años de edad donde 7 personas si sabían, que corresponde al 70% y 3 personas lo desconocían, que corresponde al 30%, entre el grupo de edad de 25 a 29 años, se encontraron 4 personas estudiadas las cuales si sabían del control prenatal representando el 100% y del grupo de edad de 30 a 34 años de edad se encontró 1 sola persona la cual también si sabía sobre ello, lo que representó el 100%.

Gráfica 42.- Conocimiento sobre el control prenatal



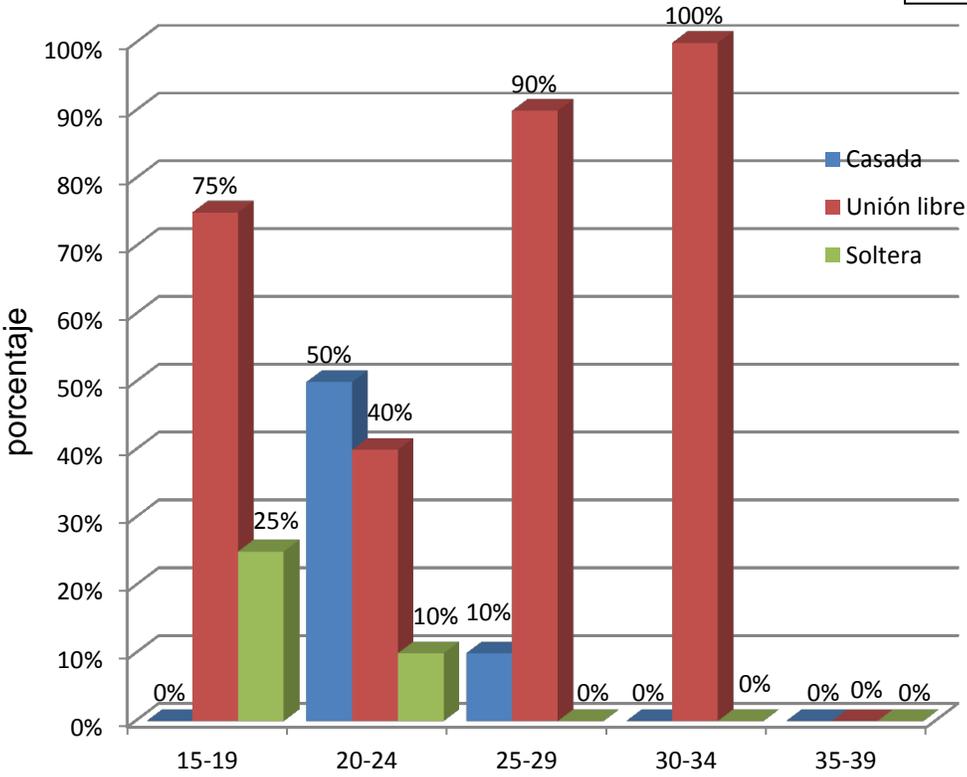
Total	2	6	7	3	4	0	1	0	0	0	0
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

De las 23 mujeres que acudieron tardíamente a control prenatal, se encontró que del grupo de edad de 15 a 19 años 6 personas embarazadas viven en unión libre que corresponde al 75%, 2 son solteras que corresponde al 25 %, de 20 a 24 años de edad se encontró que 5 (50%) son casadas, 4 (40%) viven en unión libre y 1 (10%) es soltera, en el grupo de edad de 25 a 29 años de edad, se encontró 1 (10%) persona casada, 3 (90%) personas en unión libre y del grupo de edad de 30 a 34 años de edad se encontró 1 (100%) sola persona la cual vive en unión libre.

Gráfica 43.- Estado civil

N = 23



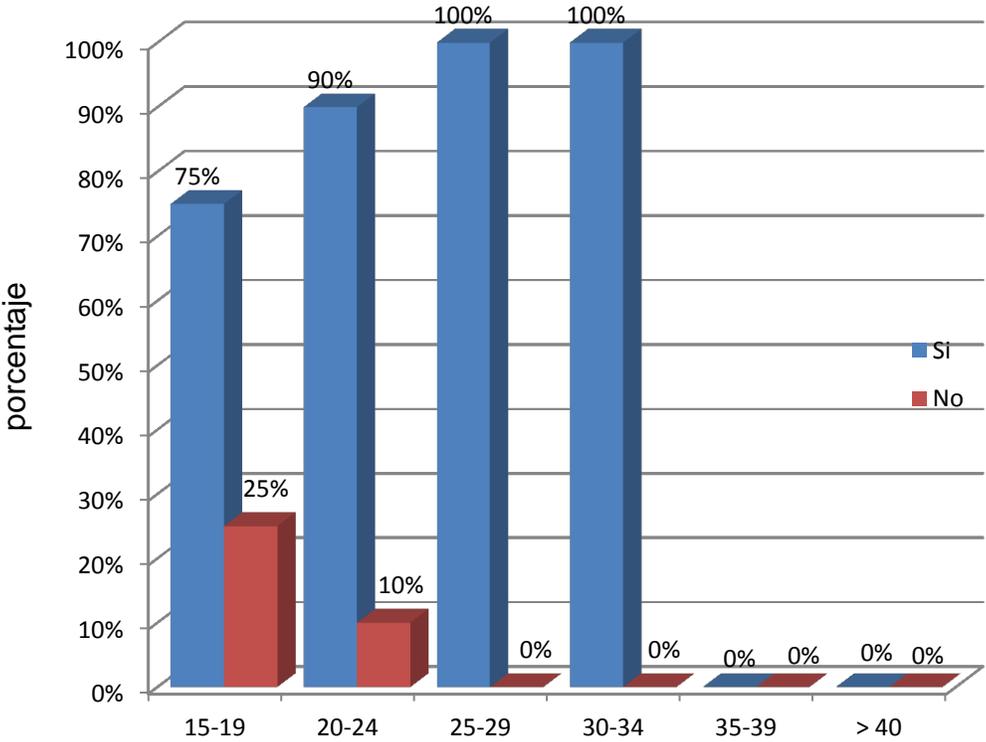
Total	0	6	2	5	4	1	1	3	0	0	1	0	0	0	0
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Se encontró que del grupo de 15 a 19 años de edad 6 embarazadas viven con pareja que corresponde al 75%, 2 viven solas es decir sin pareja, que corresponde al 25%, del grupo de edad de 20 a 24 años se encontró que 9 (90%) viven con su pareja, 1 (10%) vive sola es decir sin pareja y del grupo de edad de 25 a 29 años de edad 4 mujeres viven con su pareja lo que corresponde al 100%.

Gráfica 44.- Vive con su pareja

N = 23



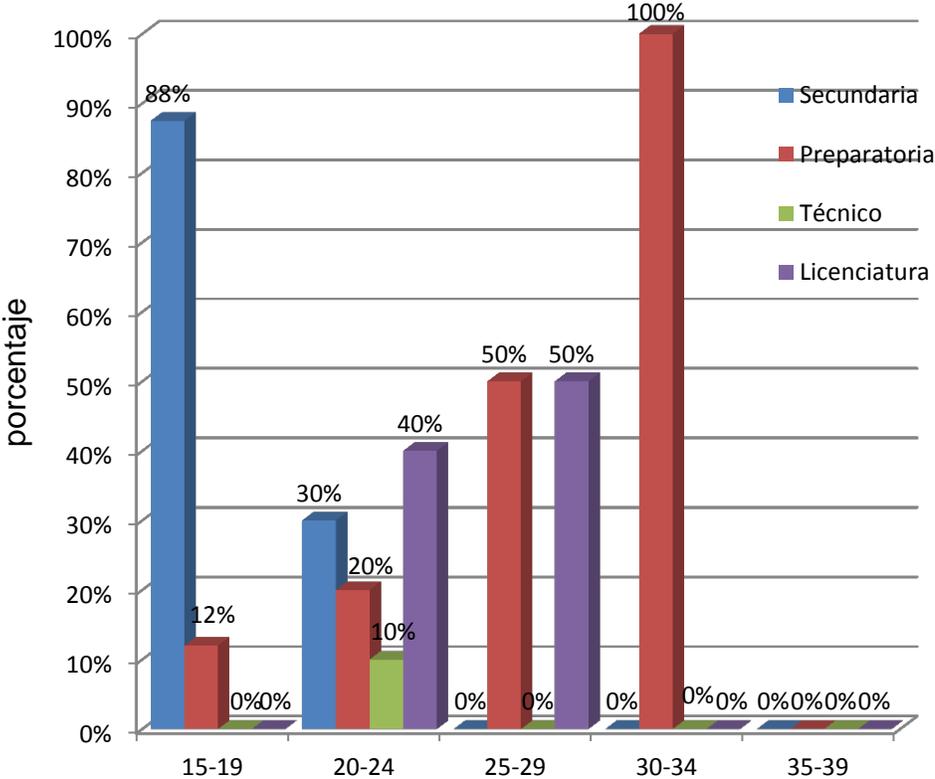
Total	6	2	9	1	4	0	1	0	0	0	0
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

En cuanto a la escolaridad terminada se encontró que del total de mujeres que iniciaron su CP tardío en el grupo de 15 a 19 años de edad, 7 (88%) termino secundaria y 1 (12%) terminó preparatoria; del grupo de 20 a 24 años de edad se encontró que 3 (30%) cuentan con secundaria completa, 2 (20%) terminó preparatoria y 4 (40%) cuentan con alguna licenciatura, entre los 25 a 29 años de edad, 2 (50%) cuentan con preparatoria terminada y 2 más (50%) con licenciatura, en el grupo de 30 a 34 años de edad tenemos 1 persona con preparatoria terminada que representa el 100%.

Gráfica 45.- Años que completo estudios

N = 23

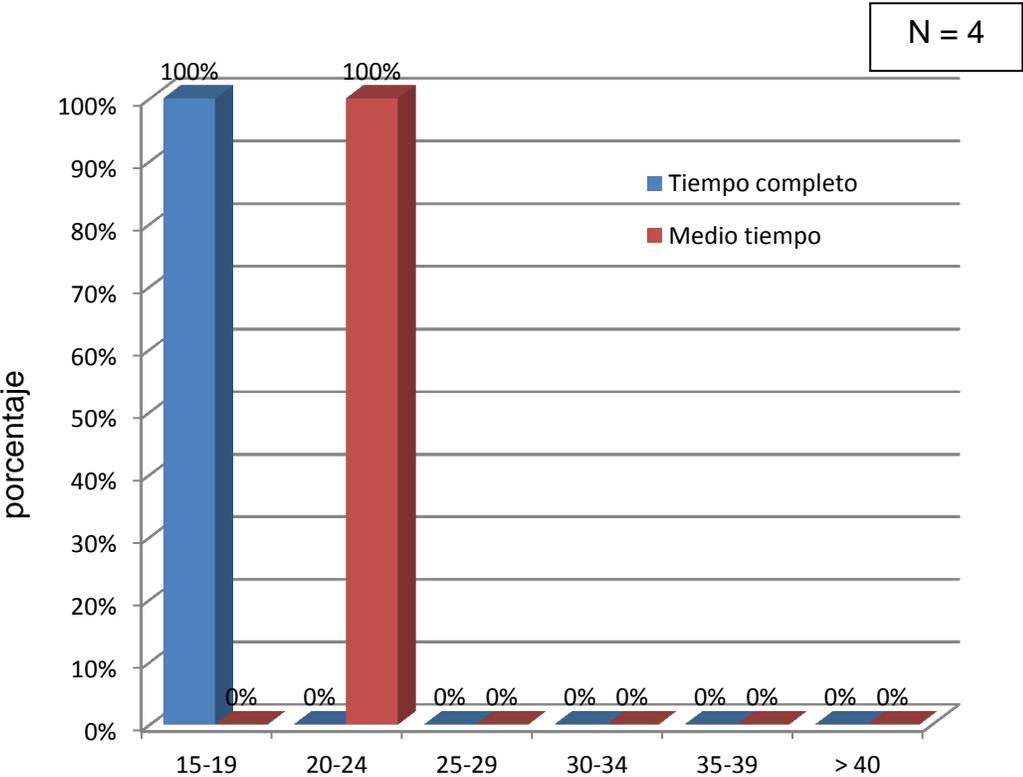


Total	7	1	0	0	3	2	1	4	0	2	0	2	0	1	0	0	0	0	0
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

En cuanto a las embarazadas estudiadas que acudieron tardíamente a CP se encontró a 2 (100%) con jornada laboral de tiempo completo, entre las edades de 15 a 19 años de edad y 2 (100%) con jornada laboral de medio tiempo en el grupo de edad de 20 a 24 años de edad.

Gráfica 46. Jornada laboral



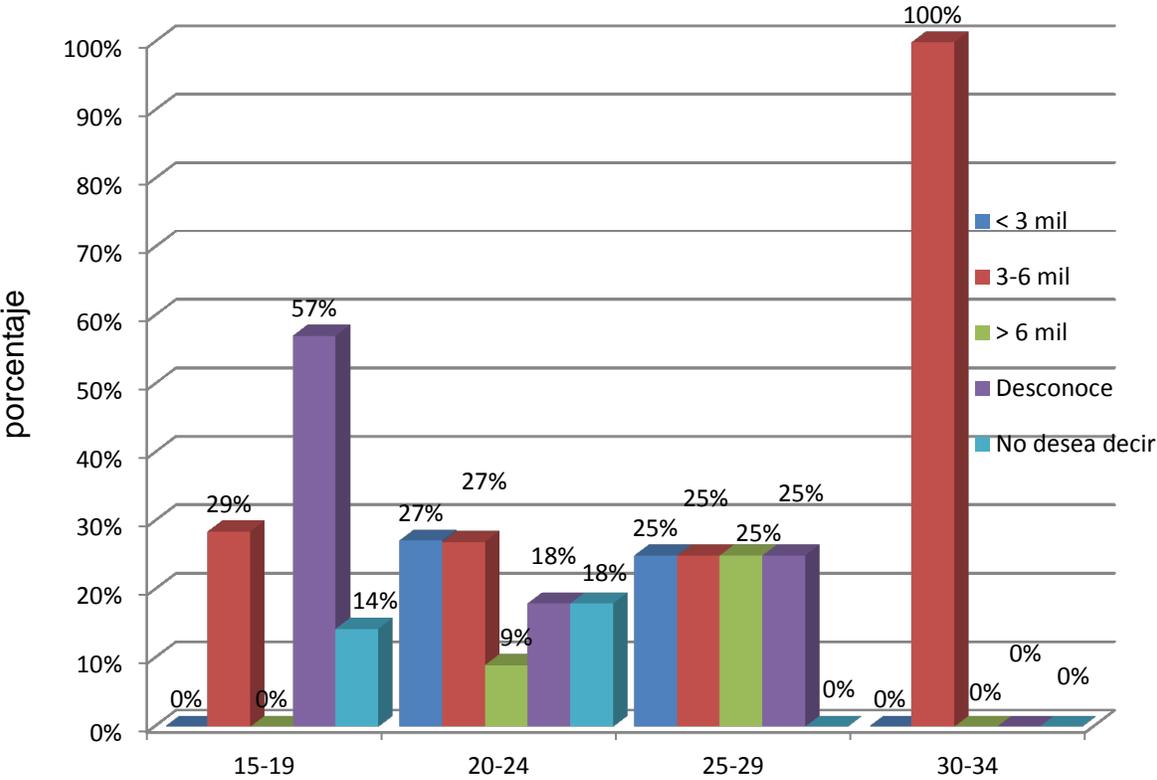
Total	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

En cuanto a su ingreso mensual se encontró en el grupo de 15-19 años de edad 2 (29%) con ingreso mensual de 3 a 6 mil pesos, 4 (57%) desconoce su ingreso mensual, y 1 (14%) persona no desea decir su ingreso, entre los 20 a 24 años de edad se encontró 3 (27%) personas con ingreso menor a 3 mil pesos, 3 (27%) con ingreso mensual entre 3 a 6 mil pesos, 1 (9%) con ingreso mayor a 6 mil pesos, 2 (18%) desconoce y 2 (18%) no desea decir, en el grupo de 25 a 29 años de edad se encontró 1 (25%) persona con ingreso menor a 3 mil, 1 (25%) de 3 a 6 mil, 1 (25%) mayor a 6 mil y 1 (25%) desconoce, entre los 30 a 34 años se encontró a 1 persona (100%) con ingreso de 3 a 6 mil pesos.

Gráfica 47.- Ingreso mensual

N = 23



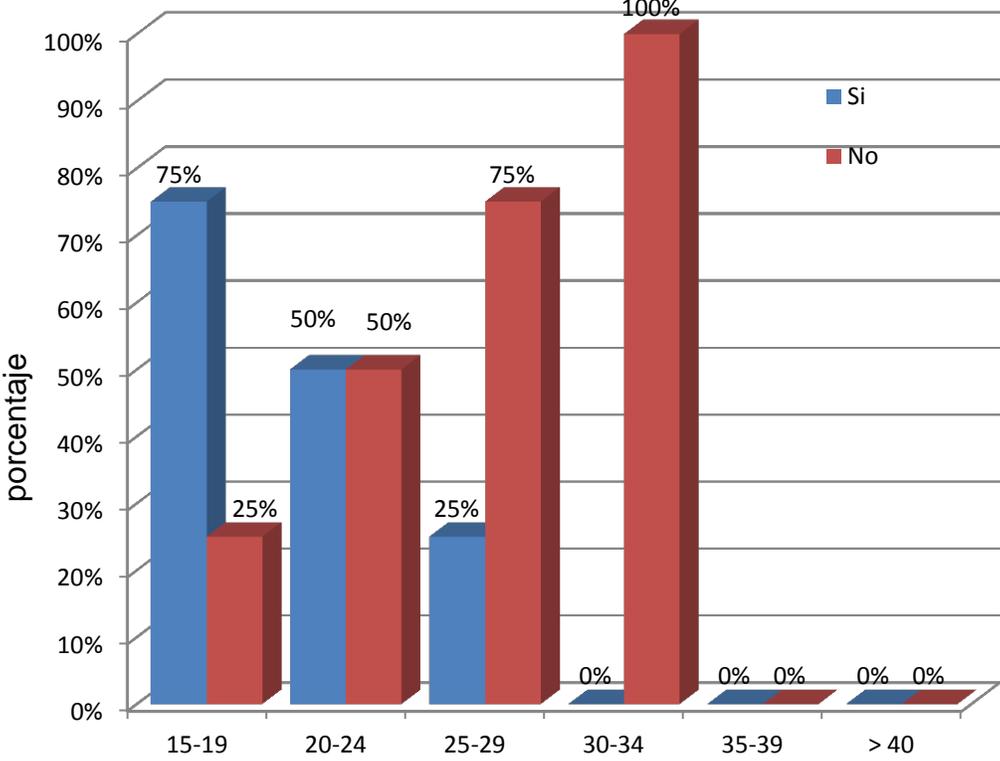
Total	0	2	0	4	1	3	3	1	2	2	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Al preguntar sobre si su embarazo actual es el primero en las embarazadas que acudieron tardíamente a control prenatal, en el grupo de edad de 15 a 19 años 6 (75%) es su primer embarazo, 2 (25%) es su segundo o más embarazos, entre los 20 a 24 años 5 (50%) es su primer embarazo y 5 (50%) con embarazo subsecuente, entre los 25 a 29 años de edad se encontró 1 (25%) persona que cursa con su primer embarazo y 3 (75%) con embarazo subsecuente, en el grupo de edad de 30 a 34 años 1 (100%) con embarazo subsecuente.

Gráfica 48.- Su embarazo actual es el primero

N = 23



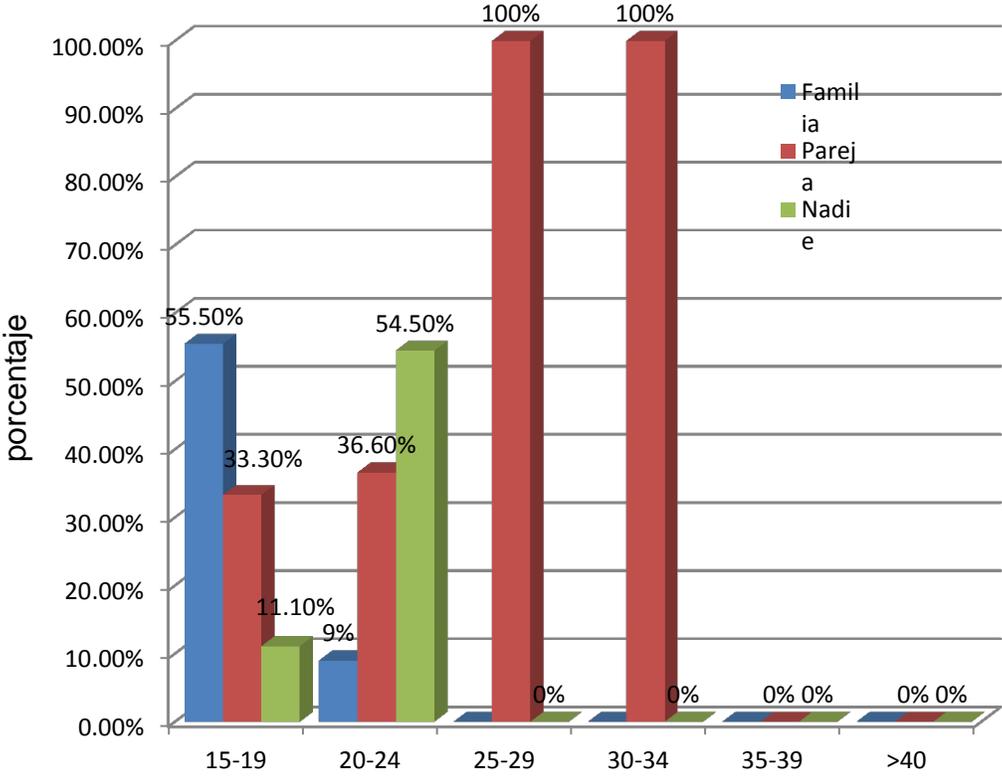
Total	6	2	5	5	1	3	0	1	0	0	0	0
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

De las 23 embarazadas estudiadas en control prenatal tardío se encontró que de 15 a 19 años de edad, 5 que representa 55.5% acudió con algún familiar, 3 que representa 33.3% acudió con su pareja y 1 que representa el 11.1% nadie la acompaña. De 20 a 24 años de edad 1 que representa 9% acudió con algún familiar, 4 que representa 36.6% acudió con su pareja y 6 que representa 54.5% nadie la acompaña. En el grupo de edad de 25 a 29 años se encontró que 2 (100%) acudió con su pareja y en las edades de 30 a 34 años 1 que representa el 100% acudió con su pareja.

Gráfica 49.- Quién acompañó a la cita

N = 23



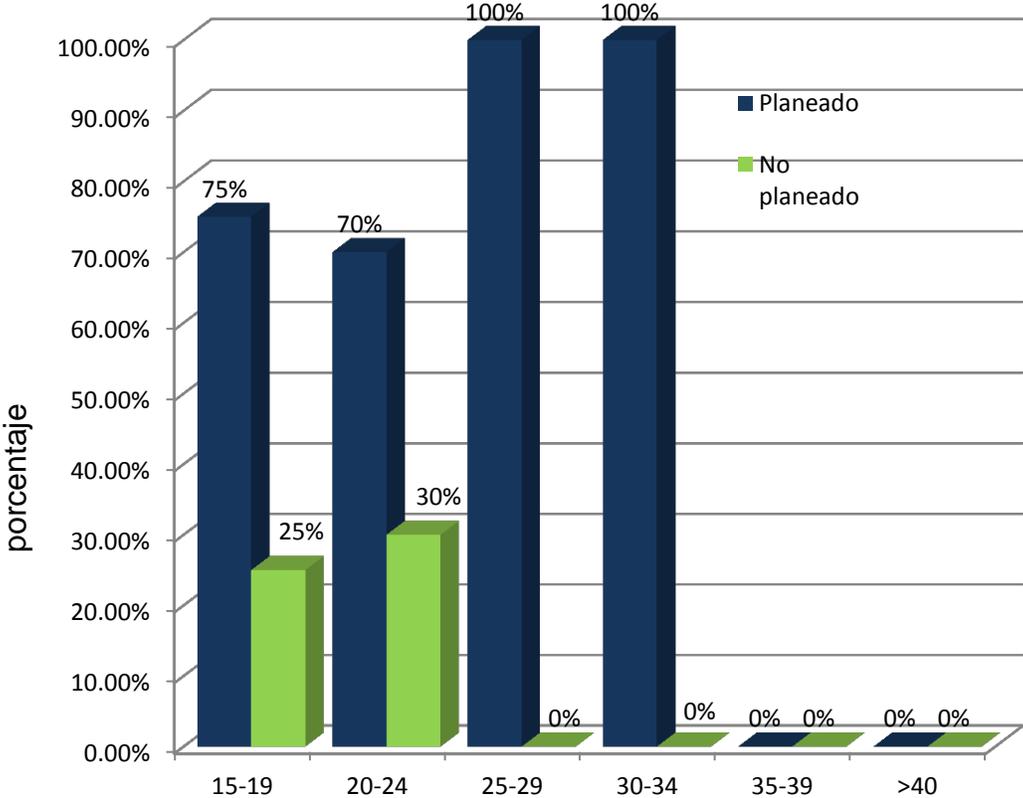
Total	5	3	1	1	4	6	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

De las mujeres estudiadas en CP tardío entre los 15 a 19 años de edad se encontró que 6 (75%) planeo su embarazo y 2 (25%) no planeo su embarazo, entre los 20 y 24 años de edad 7 (70%) planeo su embarazo y 3 (30%) no planeo su embarazo, de 25 a 29 años de edad 4 (100%) planeo su embarazo y entre los 30 a 34 años 1 (100%) que planeo su embarazo.

Grafica 50.- Embarazo planeado

N = 23



Total	6	2	7	3	4	0	1	0	0	0	0	0
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Fuente: Instrumento de recolección de la información, diseñado para tal fin.

Discusión.

En la presente tesis se investigaron las causas principales del control prenatal tardío en el Centro de Salud de la colonia Guerrero 200, de Chilpancingo, Guerrero, estudiándose a todas las embarazadas que acudían por primera vez a solicitar la atención de CP, teniendo un total de 72 embarazadas que contestaron el cuestionario correspondiente cada una de ellas.

Tenemos el resultado que 60 embarazadas no supieron que es el control prenatal, que corresponden a un 83.3% siendo la razón de las que sí lo conocían contra las que lo desconocían de 5 a 1. Comparándolo con Ponce L. Juan M. y colaboradores, en su artículo de Factores asociados al cumplimiento del control prenatal. Ancash, Perú,² encontraron que el 68.8% de embarazadas no cumplieron por desconocimiento o conocimiento inadecuado del CP, cifra semejante a nuestro estudio en cuanto al conocimiento del CP, pero diferente al cumplimiento del CP, ya que a pesar del desconocimiento en nuestro estudio tenemos un 68.1% de embarazadas que inicio CP temprano.

El resultado obtenido en cuanto al inicio del CP tenemos que el 68.1% inicio control prenatal temprano y solo el 31.9% inicio CP tardío, (de acuerdo a la definición para este estudio) para una razón de 2 a 1 respectivamente. Comparando lo anterior, Pécora, Alicia y colaboradores en su artículo de control prenatal tardío ¿Barreras en el sistema de salud?, Buenos Aires, Argentina,⁵ encontraron resultados diferentes prácticamente contrarios a nuestro estudio, reportando que un 24% de las embarazadas inició el CP oportunamente y un 76% lo hizo tardíamente. Un segundo estudio de Bravi Olivetti y colaboradores, publicaron las "Características de los controles prenatales de pacientes puerperas internadas en el Hospital "Dr. José R. Vidal" de la ciudad de Corrientes, Argentina.⁴ Reportaron encontrar que un 27% de mujeres embarazadas inició el CP tardío, cifra semejante al nuestro, pero el estudio realizado por Arispe, Claudia y colaboradores; sobre la Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. En Lima Perú,⁷ encontraron que solo el 37.8% inicio control prenatal antes de las 12 semanas de

gestacion y el 63% lo hizo tardiamente, esto comparado con los resultados obtenidos en esta investigacion es diferente el resultado.

Asi tambien en tres estudios, uno realizado por Garza Elizondo, María Eugenia, y colaboradores, sobre el patron de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio en una institución de seguridad social Mexicana, Monterrey,³ el otro estudio de Alvarez, Juan Sebastian y colaboradores sobre el Cumplimiento de las actividades de promoción y prevención en el control prenatal en una entidad de 1er Nivel, Manizales, Caldas, Colombia, y el tercer estudio de Vega M. y colaboradores, Atencion Prenatal según la NOM-007 relacionada con morbilidad materna en una unidad de salud San Luis Potosí.⁶ Tienen el resultado que el 50% de las embarazadas acudio a CP en el primer trimestre, esto comparado con nuestro estudio es diferente el resultado ya que el 68.1% inicio CP temprano y el 31.9% lo inicio tardiamente.

La edad que prevalece en las embarazadas que acudieron tardíamente a CP, fue en el grupo de 15 a 19 años con un 34.78% y en el grupo de edad de 20 a 24 años con un 43.47%, dando un total de 78.25% resultados que comparados a los reportados por Ponce L. y colaboradores,² donde mencionan que el grupo de edad de 15 a 19 años y de 20 a 34 años, tiene mayor tendencia a no cumplir con el control prenatal (77.1% y 58.4% respetivamente) son parecidos al igual que el resultado de un 65.2% en el grupo de edad de 20 a 35 años en el estudio realizado por Claudia Arispe y colaboradores; sobre la Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia en Lima Perú.⁷

Se encontró que en la relación de acudir tardíamente a control prenatal con la edad y el estado civil de las embarazadas, tenemos que, en el grupo de edad de 15 a 19 años el 75% viven en unión libre, el 25% restante son solteras, de la edad de 20 a 24 años de edad tenemos que 50% son casadas, 40% viven en unión libre y 10% es soltera, en el grupo de edad de 25 a 29 años de edad, se encontraron que 10% son casadas, 90% en unión libre. Comparándolo con el estudio de Ponce L. y colaboladores,² reportan resultados semejantes del 71.1% en embarazadas en CP

inadecuado tenían estado civil de union libre o solteras. Al igual en el estudio realizado por Claudia Arispe y colaboradores; sobre la Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia en Lima Perú,⁷ encontraron cifras semejantes de un 72.2% de embarazadas que iniciaron CP tardío y que viven en union libre.

El resultado que se tiene en cuanto al grado de escolaridad del total de mujeres que iniciaron su CP tardío, es que el 100% término la secundaria, de este el 26% terminó preparatoria. Comparándolo con el estudio de Claudia Arispe y colaboradores; sobre la Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia en Lima Perú,⁷ encontraron cifras diferentes a nuestro estudio, teniendo que 3.4% eran embarazadas analfabetas, 35.1% con primaria, 50.6 con secundaria y solo 10.9% con nivel medio superior.

En nuestro estudio, en relación a las embarazadas investigadas que acudieron tardíamente a control prenatal se encontró que 17.3% fueron por razones laborales ya sea con jornada de tiempo completo o medio tiempo, el 100% corresponde a menores de 24 años en cuanto a esto Pécora, Alicia y colaboradores en su artículo de control prenatal tardío ¿Barreras en el sistema de salud?, Buenos Aires, Argentina,⁵ encontraron resultados semejantes con un 13 % por razones laborales en el atraso del CP.

En esta investigación de las 23 embarazadas que iniciaron CP tardío, el 21.73% refirió que fue debido a no tener dinero, esto a pesar de que este servicio es gratuito y de tener un ingreso mensual menor a tres mil pesos, porcentaje diferente a lo encontrado por Alicia Pécora y colaboradores en su artículo de control prenatal tardío ¿Barreras en el sistema de salud?, Buenos Aires, Argentina,⁵ donde refieren que sólo un 6% inicio CP tardío por razones económicas.

Tenemos el resultado que el 52.1% de embarazadas con inicio de control prenatal tardío cursaban con su primer embarazo. De estas el 50% corresponde al grupo de edad de 15 a 19 años. Comparándolo con Ponce L. Juan M. y colaboradores, en su artículo de Factores asociados al cumplimiento del control prenatal. Ancash, Perú,²

encontraron que el 20% de embarazadas eran primigestas, resultado diferente al nuestro.

En este trabajo se encontró que, al acudir una embarazada a solicitar cita, se le dio la atención médica inmediatamente, sin necesidad de programarles una cita por primera vez. Por lo que el 100% de ellas fueron atendidas durante el primer contacto con los servicios de salud. Por lo que el tener o solicitar una cita no es una causa para iniciar un control prenatal tardío, comparado con el estudio de Pécora y colaboradores,⁵ encontraron un resultado diferente de un 33 % que no consiguió cita antes, para iniciar su control prenatal más temprano

En la presente investigación, se tiene que casi el 100% de las encuestadas tienen facilidad de traslado para su atención médica, es decir en promedio 20 minutos en llegar al centro de salud de atención por lo que esto no es una causa de retardo en el inicio del control prenatal, esto comparado con lo encontrado por Moya Plata y colaboradores, en su estudio sobre el Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno infantil, Bucaramanga, Colombia, 2010.¹ Refirieron que un 32% de embarazadas viven a más de 40 minutos del centro de salud de atención, por lo que considera una limitante para acceder a los servicios de salud.

En cuanto a que si el embarazo fue planeado en las mujeres que acudieron tardíamente a su control prenatal tenemos el resultado que el 78.2% sí lo planeo, sin embargo no acudió de forma temprana a CP. Comparado con el estudio de Patricia Lasso Toro. Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud?, Cali, Colombia,⁸ menciona que el hecho de que el embarazo no haya sido planeado, también es un factor que interfiere en la participación continua de los gestantes y su familia en los controles. A esto se suma la inestabilidad familiar y de pareja, más aún, si dependen de trabajos temporales.

De las 23 embarazadas que iniciaron CP tardío en esta investigación, el 56.5% refirió que fue debido a que se sentían bien de salud, resultado semejante que encontraron Verde M E, Varela L, y colaboradores en su artículo de Embarazo sin control, análisis

epidemiológico, Uruguay.¹⁴ Que reportan un 48.9% por sentirse bien o por desinterés del CP.

En cuanto a quien acompañó a la cita tenemos el resultado que el 43.47% de las embarazadas que acudieron tardíamente a CP fue acompañada por su pareja, el 26.08% fue con algún familiar u otra persona, y el 30.45 acudió sola a su control prenatal, esto es semejante si se compara con lo encontrado por Moya Plata y colaboradores, en su estudio sobre el Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno infantil, Bucaramanga, Colombia, 2010.¹ Refirieron que un 51.25% de embarazadas fueron acompañadas por su pareja favoreciendo el adecuado curso de la misma.

Conclusiones.

El presente estudio evidencia que entre las causas principales de control prenatal tardío, la atención por el sistema de salud local no influye, ya que se atiende al 100% inmediatamente cuando la embarazada solicita la atención y no tiene que esperar a una cita programada, así también el sexo de preferencia del médico para su atención, el 100% lo refirieron sin importancia para iniciar su control prenatal, el horario de atención tampoco es una causa de retardo al inicio del control prenatal, ya que se manejan tres turnos de atención como es turno matutino, turno vespertino y jornada. Así también el acceso al centro de salud no es mayor a 30 minutos por tratarse de una zona urbana y el transporte particular y público abunda, así como las vías de comunicación.

Un 75% de los embarazos que iniciaron CP tardío en el grupo de edad que priorizo fue de 15 a 19 años y está relacionado con ser el primer embarazo, en el grupo de edad de 20 a 24 un 50% lo relaciona con este mismo hecho.

Resaltan otras situaciones como causas principales de CP tardío como es el desconocimiento del control prenatal que en nuestro estudio tiene un alto porcentaje del 83.3% (que es gratuito, que debe iniciarse oportunamente y los alcances del bienestar materno fetal), el sentirse bien (13.9%), el no tener seguro popular (5.6%). Llama la atención que a pesar de que se les dio la orientación del conocimiento sobre la importancia del control prenatal un 36.1% de embarazadas encuestadas refirieron que en un próximo embarazo lo iniciarían tardíamente.

Tenemos que existe un bajo uso del servicio médico en la atención del control prenatal, ya que el 31.9% acudió tardíamente, cifra alejada de lo propuesto en las normas institucionales. La prevención primaria del embarazo como de las complicaciones es una asignatura pendiente en el ejercicio de la Medicina Familiar y en general del ámbito de la atención primaria.

Por otra parte encontramos causas que interfieren en el CP tardío como es; que el embarazo no haya sido planeado, mujeres que cursan con su primer embarazo con predominio en la adolescencia (edad de 15 a 19 años) hasta en un 50%. La relación

de iniciar control prenatal tardío en un embarazo planeado y no planeado es contrario a lo que pudiera pensarse, ya que encontramos que de las 23 embarazadas que iniciaron tardíamente su control prenatal 18 fue planeado y solo 5 embarazadas no lo habían planeado.

El estado civil de unión libre en el grupo de edad de 15 a 19 años un 75 % y de 20 a 24 años de edad un 50%, lo encontramos como otra causa que interfiere en el control prenatal oportuno.

La participación continua de la gestante y su familia principalmente de su pareja, también es un factor que interfiere. A esto se suma la inestabilidad familiar y de pareja (75% en el grupo de edad de 15 a 19 años viven en unión libre y 25% son solteras en este mismo grupo de edad), más aún si depende de trabajos temporales (el 100% en el grupo de edad de 15 a 19 y 20 a 24 de las mujeres que trabajan iniciaron su CP tardío), todos ellos factores de riesgo psicosocial para iniciar oportunamente el control prenatal.

En cuanto a quien acompaña a la embarazada a sus citas médicas en el grupo de 15 a 19 años un 55.5 % acude con un familiar, 33.3% con su pareja y un 11.1% acude sola, en el grupo de edad de 20 a 24 años la escala es contraria con un 9% acude con algún familiar, 36.6% con su pareja y 54.5% acuden solas, lo que en promedio nos de que un 35% de las embarazadas en este grupo de edad respectivamente son acompañadas por su pareja.

Recomendaciones y Sugerencias.

Por lo encontrado en este estudio se observa que sí, se brinda información adecuada a las mujeres en edad fértil en el estado preconcepcional y gestacional, se debe lograr una mayor aceptación de dichas mujeres hacia los controles prenatales oportunos, una amplia asistencia a los mismos y mejoramiento en los conocimientos acerca de estos importantes cuidados.

Recomendaría concientización y capacitación de todo el personal que compete en salud como son promotores, trabajo social, enfermeras y médicos, en temas de planificación familiar, detección de signos y síntomas de probable embarazo y específicamente control prenatal, para otorgar una mejor atención en captación y adherencia en un control prenatal temprano, enfocado a todas las mujeres en edad fértil con énfasis en adolescentes que es la etapa ideal para iniciar, tanto en las mujeres como en los varones, las actividades de promoción de conductas saludables y de protección de la salud mediante la implementación de políticas adecuadas de educación que les permitan interiorizarse sobre los aspectos psicológicos y biológicos para asumir una paternidad-maternidad responsable.

Lo anterior, debido a que resalta que el mayor porcentaje en el control prenatal tardío se encuentra en el grupo de edad de la adolescencia, a pesar de que en este Centro de Salud se cuenta con un módulo de atención en la adolescencia el cual es completo y funcional, por lo que habría que analizar en conjunto factores condicionantes como falta de comunicación y confianza con padres, familiares cercanos, profesores, amigos(as), pareja y personal profesional de la salud.

Fortalecer la relación padres e hijos, otorgando el conocimiento sobre la adolescencia y su sexualidad, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y la importancia de un control prenatal oportuno, esto mediante talleres, visitas domiciliarias y pesquisas en el censo de mujeres en edad fértil que se tiene en el centro de salud.

Reforzar el accionar de programas ya existentes dentro de la Secretaría de Salud como son madrinas obstétricas, así como la búsqueda intencionada de mujeres

embarazadas, esto en tiempos estratégicos como es el día internacional de la mujer (08 de marzo), día mundial de la salud en la mujer (28 de mayo), semana de la maternidad saludable y segura (3ra. Semana del mes de mayo), semana mundial y nacional de lactancia materna (mes de agosto), día internacional de la juventud (12 de agosto) semanas nacionales de salud, día mundial para la prevención del embarazo no planificado en adolescentes (26 de septiembre), día mundial de la salud materna (10 de octubre) y noviembre mes de la salud reproductiva entre otras fechas.

Se puede establecer una especie de competencia del equipo de salud promoviendo confianza interpersonal y desarrollando un vínculo estable, estimulando al personal mediante gratificaciones de acondicionamiento en el consultorio o equipamiento para la atención diaria de consulta en general o bien becas a cursos de actualización reconocidos nacional o internacionalmente.

Referencias bibliográficas.

1. Moya PD, Guiza SI, Mora MM. Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno infantil. Revista de Investigación Programa de Enfermería, Universidad de Enfermería de Santander. Bucaramanga, Colombia. Septiembre 2010;44-52.
2. Ponce LJ, Melgarejo VE, Rodríguez BY, Guibovich A, Diana G. Factores asociados al cumplimiento del control prenatal. Ancash, Perú: Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud, la Habana. Diciembre 2012.
3. Garza EM, Rodríguez CM, Villareal RE, Salinas MA, Nuñez RG. Patron de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio en una institución de seguridad social Mexicana, Monterrey. Revista Especializada en Salud Pública. 2013;77(2):267-274.
4. Bravi OM, Pedrozo LR, Santillan RM, Machado S. Características de los controles prenatales de pacientes puerperas internadas en el Hospital "Dr. José R. Vidal" de la ciudad de Corrientes, Argentina. Revista de postgrado de la VI Catedra de Medicina. 2012;(213):5-8.
5. Pécora A, San Martín ME, Cantero A, Furfaro K, Jankovic MP, Llompарт V. Control prenatal tardío ¿Barreras en el sistema de salud? Revista Hospital Materno Infantil, "Ramón Sarda", Buenos Aires, Argentina. 2008;27(3):114-119.
6. Álvarez JS, Caballero F, Castaño CJ, Escobar D, Franco A, Gómez P, et al. Cumplimiento de las actividades de promoción y prevención en el control prenatal en una entidad de 1er. Nivel, Manizales, años 2005-2007. Colombia. 2010;10(1):19-30.
7. Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas J. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Revista Medica Hered, Lima Perú. 2011;22(4):169-174
8. Lasso TP. Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud? Cali, Colombia, Pensamiento Psicológico: 2012;10(2):123-133.

9. Parada BA, Villacis VC, Becerra CD, Negrete KL. Adherencia al control prenatal en la clinica de gestantes adolescentes del Hospital de Engativa de Bogota, Colombia. [Tesis doctoral] Universidad Nacional de Colombia, Departamento de Obstetricia y Ginecologia; 2012.
10. Castro HM, Agudelo CA. Evaluacion de la utilizacion adecuada del control prenatal en Bogota con base en la encuesta nacional de salud 2007. [Tesis doctoral]. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Instituto de Salud Pública Bogota, Colombia; 2009.
11. Vega MR, Barron AG, Acosta RL. Atención Prenatal según la NOM-007 relacionada con morbilidad materna en una unidad de salud de San Luis Potosí. Salud Pública. 2013;30(3):265-272.
12. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica (CENETEC) Guía de Referencia Rápida. Control Prenatal con enfoque de riesgo. Mexico: Consejo de Salubridad General, 2008; IMSS-028-08: ISBN 978-607-7790-81-5.
13. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la prestación del Servicio. 2001;2(4). URL disponible en: <http://respyn.uanl.mx/ii/4/contexto/nom007.html>.
14. Verde ME, Varela L, Episcopo C, Garcia R, Briozzo L, Impallomeni I, et al. Embarazo sin control. Analisis epidemiologico. Revista Medica Uruguay. 2012;28(2):100-107.
15. Huanco AD, Ticona RM, Ticona VM, Huanco AF. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. Revista de Obstetricia y Ginecologia. 2012;77(2):122-128.

16. Poffald L, Hirmas M, Aguilera X, Vega J, González MJ, Sanhueza G. Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile, Revista salud pública de México. 2013;55(6):572-579.
17. Gonzaga SM, Anzaldo CM, Zonona NA, Olazarán GA. Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California. Salud pública de México. 2014;56(1):32-38.
18. Nuñez UR. Detección de eslabones críticos en los procesos de atención para la prevención de muertes maternas. Instituto Nacional de Salud pública. México. 2004. URL disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7705.pdf>.
19. Ley General de Salud, publicada en el diario oficial de la federación el 7 de febrero de 1984; DOF 04-06-2015. URL disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_040615.pdf.
20. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64 asamblea general, Fortaleza, Brasil. 2013. URL disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3>.

Anexos.

INSTRUMENTO DE CAPTURA A MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONTROL PRENATAL EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 01-07-14 AL 31-10-14.

DATOS INFORMATIVOS

NOMBRE: _____
DOMICILIO _____ No. CEL. _____
Derecho-habienencia 1-Seg. Popular _____ 2-IMSS _____ 3-ISSSTE _____ 4-otras _____ 5-ninguna _____
Le otorgaron su carnet de control prenatal? Si _____ no _____

Cuestionario de Beneficios y Barreras del Control Prenatal

Le voy a preguntar acerca de la historia personal, de su embarazo, sus creencias acerca del cuidado prenatal y sus sentimientos acerca del sistema de atención prenatal del Centro de Salud. Objetivo de la encuesta.- Determinar factores como causa de retraso en el control prenatal. Por favor trate de dar respuestas francas y completas a cada pregunta que le haré.

Folio: _____ Fecha de la entrevista _____

- 1.- ¿Usted sabe que es control prenatal? Sí _____ No _____
- 2.- ¿Qué tiempo o semanas de gestación tenía de embarazo cuando fue a su primera consulta de Control Prenatal? _____
- 3.- ¿Por qué acudió en esa fecha a control prenatal?
1- Por confirmar embarazo _____ 2-Falta de tiempo _____ 3-Por falta de dinero _____
4- No sabía del embarazo _____ 5-No tenía molestias _____ 6-Por maltrato del personal del Centro de Salud _____ 7-Otro _____ ¿especificar? _____
- 4.- ¿En su último embarazo cuantas semanas de gestación tenía cuando inicio su control prenatal? _____
- 5.- ¿Tuvo alguna complicación en su último embarazo?
1-SI _____ 1.1- Cuál? _____ 2-NO _____
- 6.- ¿Cuándo iniciaría su control prenatal en un próximo embarazo?
1- Antes de embarazarse _____ 2-A las cuantas semanas de gestación _____ 3-No sabe _____
- 7.- Dónde piensa atenderse su parto?
1-SSA _____ 2-IMSS _____ 3-ISSSTE _____ 4-Particular _____ 5-Otra _____ (especifique) _____

PARTE A. INFORMACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA

Primero partiré haciéndole algunas preguntas de información general sobre usted.

- A1.1. ¿Cuál es su edad actual? _____ Años.
- A1.2 Religión: 1- Católica _____ 2- Cristiano _____ 3- Ateo _____ 5- Otros _____ (especifique) _____
- A2. ¿Cuál es su estado civil? 1- Casada actualmente _____ 2- Divorciada _____ 3- Viuda _____
4- Separada _____ 5- Unión libre _____ 6- Madre soltera _____
- A3. ¿Actualmente vive con una pareja o marido? 1-SÍ _____ 2-NO _____
- A4. ¿Hasta qué año completo estudios? 1- Sin estudios _____ 2- Primaria _____ 3- Secundaria _____
4- Prepa o Bachillerato _____ 5- Técnico _____ 6- Licenciatura _____
- A5. ¿Actualmente está empleada fuera del hogar? 1-SÍ _____ 2-NO _____
- A6a. ¿Su jornada de trabajo es? 1-Medio tiempo _____ 2-Tiempo completo _____

A7. Cuál es el ingreso promedio mensual de su familia. Por favor incluya sus ingresos y los ingresos de todas las demás personas de su hogar que comparten los gastos.

a)<3,000 pesos	0	
b)de 3,000 a 6,000 pesos	1	
c)> de 6,000 pesos	2	
d)no se	3	
e)no desea decir	4	

Parte B. HISTORIA REPRODUCTIVA

- B1. ¿Su embarazo actual es el primero? 1-SÍ _____(PASE A SECCION C) 2-NO _____
- B2. ¿Cuántos años tenía cuando se embarazó por primera vez? _____ Años de edad en el primer embarazo
- B3. ¿Cuántas veces ha estado embarazada? Por favor incluya todos los embarazos, es decir, todos aquellos que dieron como resultado niños vivos, niños muertos, abortos o bebés perdidos. Número. _____
- B4. ¿Cuántos han nacido vivos? _____ NINGUNO _____
- B5. ¿Cuántos de sus hijos nacidos vivos están vivos ahora? Número. _____

PARTE C. INFORMACIÓN DEL EMBARAZO ACTUAL

- C1. ¿Cuándo fue su última regla? DIA _____ MES _____ AÑO _____ NO SABE _____
- C2. ¿Para cuándo tiene fecha de parto? DIA _____ MES _____ AÑO _____ NO SABE _____
- C3. ¿Cómo supo que estaba embarazada?
1-No llegó su período ____ 2- Se sentía mareada/con nauseas ____ 3- Otro ____ (ESPECIFIQUE) _____
- C4. ¿Fue al doctor, la clínica o el hospital para asegurarse que estaba embarazada?
1-SÍ _____ 2-NO _____ (PASE A PREG. C5)
- C4a. ¿A dónde acudió para asegurarse que estaba embarazada?
1- AL MISMO LUGAR DE LA ENTREVISTA ____ 2-UN LUGAR DIFERENTE ____ (ESPECIFIQUE) _____
- C5. ¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando se hizo la prueba de embarazo?
1- NUMERO DE SEMANAS _____ 2- NO SE LO HIZO _____ 3-NO SABE _____
- C6. ¿Cuántos días o semanas pasaron desde que supo que estaba embarazada hasta que usted por primera vez fue a pedir una consulta en la clínica o el consultorio? 1-DÍAS _____ 2-SEMANAS _____ 3-MESES _____ 4-EL MISMO DÍA _____
- C7. ¿Cuántos días o semanas pasaron desde que hizo la primera cita prenatal hasta el día real de su consulta?
1-NO HICE CITA _____ 2-EL MISMO DÍA _____

PARTE D. BENEFICIOS Y BARRERAS DEL CONTROL PRENATAL

DI. BENEFICIOS: Ahora leeré algunas razones por las cuales algunas mujeres Inician el cuidado prenatal. Por favor dígame si esa razón la hizo iniciar o no el Cuidado prenatal.

Usted inició el cuidado prenatal para o por?

Pregunta	Sí=1	No=2
a) para aprender cómo proteger su salud		
b) porque tenía miedo de tener problemas durante el embarazo sin cuidado prenatal		
c) para hablar con alguien acerca de su embarazo		
d) para aprender mejores hábitos de salud		
e) para aprender acerca del trabajo de parto y el parto		
f) para tener un bebé sano		

D2. ¿Puede trasladarse fácilmente para sus citas de cuidado prenatal? 1-SÍ _____ 2-NO _____

D2a. ¿Cómo llegó a esta cita prenatal?

CAMINANDO	1	
COMBI ó TAXI	2	
AUTOMÓVIL PROPIO	3	
OTRO (ESPECIFICQUE)	4	

D2b. ¿Cuánto le llevó trasladarse a esta cita prenatal? 1-MINUTOS _____ 2-HORAS _____ 3-NO SÉ _____

D3. ¿Son las horas de la clínica adecuadas para usted? 1-SÍ _____ 2- NO _____ (POR QUÉ?) _____

D4. ¿Fue fácil conseguir una cita o pasar a consulta? 1- Sí _____ 2-NO _____ (POR QUE?) _____

D5. ¿Cree que los servicios de la clínica son buenos? 1-SÍ _____ 2-NO _____ (POR QUE?) _____

D5a. ¿Hay algún otro servicio que le gustaría tener en esta clínica?

1-SÍ _____ ESPECIFIQUE _____ 2-NO _____

D5b. ¿Hay otras cosas que motivaron o hicieron más fácil para usted iniciar el cuidado prenatal?

1-SI _____ ESPECIFIQUE _____ 2-NO _____

D6. ¿Tiene preferencia por el sexo de su doctor? 1-SÍ _____ 2-NO _____ PASE A PREG. D7. ()

D6a ¿De qué sexo preferiría que fuera su doctor? 1- Masculino _____ 2- Femenino _____ 3- Indiferente _____

D6b ¿Inició más tarde el control prenatal debido al sexo de su doctor? 1-SÍ _____ 2-NO _____

D7 ACTITUD SOBRE EL EMBARAZO Y EL CUIDADO PRENATAL: Dígame si alguna de estas cosas le ocurrió o sintió usted durante este embarazo.

Pregunta	Si=1	No=2
a) acudió tarde para la prueba de embarazo		
b) no pensaba que necesitara cuidado prenatal		
c) prefiere acudir a emergencias cuando hay un problema		
d) puede cuidarse sola durante el embarazo		
e) es suficiente con los consejos acerca del embarazo que recibe de su familia y amigos		
f) no quería que la gente supiera que estaba embarazada		
g) el embarazo no fue planeado		
h) no estaba feliz por estar embarazada		
i) estaba pensando en abortar		
j) usted estaba ocupada en otras responsabilidades por lo que no podía asistir a control prenatal		
k) usted no sabía que estaba embarazada		

D8. BARRERAS PERSONALES: La siguiente es una lista de cosas personales que afectan las decisiones de las mujeres para iniciar el cuidado prenatal. Por favor dígame si estas razones causaron que usted iniciara el cuidado prenatal más tarde de lo que planeaba. *Usted inició el cuidado prenatal más tarde porque.....*

Pregunta:	Si=1	No=2
a) porque no se sentía bien		
b) por problemas familiares		
c) por problemas con su esposo o novio		
d) porque había estado bajo estrés		
e) porque estaba deprimida		
f) por problemas personales		
g) porque no estaba pensando claramente en ello		

D9. BARRERAS: Por favor dígame si estas razones causaron que usted iniciara el cuidado prenatal más tarde de lo que planeaba. *Usted inició el cuidado prenatal más tarde porque.....*

Pregunta	SÍ = 1	NO= 2
a) no tenía dinero para pagar el cuidado prenatal		
b) no tenía seguridad social de salud		
d) no sabía dónde podría obtener cuidado prenatal		
e) no le gustó la actitud del personal de la clínica		
f) no pensaba que podría comunicarse con el personal		
g) tenía miedo o no le gustan las pruebas médicas y exámenes		
h) no le gustan los trabajadores de salud		

DIO. La siguiente es una lista de cosas externas que afectan las decisiones de las mujeres para iniciar el cuidado prenatal. Por favor dígame si estas razones causaron que usted iniciara el cuidado prenatal más tarde de lo que planeaba. *Usted inició el cuidado prenatal más tarde porque.....*

Pregunta	SÍ = 1	NO= 2
a) no podía encontrar cita		
b) su cita fue cancelada por la clínica		
c) las horas de la clínica son inadecuadas para usted		
d) tiene que espera mucho para conseguir una cita		
e) tenía problemas de transportes		
f) usted olvido la cita		
g) no consiguió permiso en su trabajo		
h) tenía que esperar mucho en la sala de espera		
i)se cambió de casa		
j)no tenía donde vivir		
k)estaba asustada de los delincuentes cerca de la clínica o de su casa		

D11. ¿Hay alguna otra cosa que hiciera que empezara el cuidado prenatal más tarde (de lo planeado)?

1-SÍ ____ 2-NO ____ ESPECIFIQUE _____

PARTE F. APOYO SOCIAL RECIBIDO

F1. Alguien vino con usted a la cita? 1-SÍ _____ 2-NO _____

F2. ¿Quién vino con usted a su control prenatal la mayoría de las veces?

Pregunta	SÍ = 1	NO= 2
a)Alguien de su familia		
b) Su esposo o pareja		
c) Un amigo		
d) Su promotor de salud o trabajadora social.		
e) Otra persona (ESPECIFIQUE)		
f) Nadie		

F3. Le han dado información de cómo cuidarse en este embarazo? 1-SÍ _____ 2-NO _____

F4. ¿Quién le ha dado la información más importante acerca de este embarazo?

Pregunta	SÍ = 1	NO= 2
a) Alguien de su familia		
b) Su esposo o pareja		
c) Un amigo		
d) Su promotor de salud o trabajadora social.		
e) Otra persona (ESPECIFIQUE)		
f) Nadie		

Fuente: Encuestas realizadas en Centro de Salud Guerrero 200, con o sin carnet perinatal

Elaborado por: Jesús Vidal Alejo

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: _____

La que suscribe _____ Edad ____ años, con domicilio en _____

doy mi consentimiento para contestar las preguntas solicitadas en la investigación con el título "CAUSAS PRINCIPALES DE CONTROL PRENATAL TARDIO" en el centro de salud de la colonia guerrero 200, Chilpancingo, Gro. periodo comprendido del 01 de julio al 31 de octubre del año 2014.

Lo cual no tiene procedimiento invasivos por lo que no pone en peligro mi integridad.

Estoy debidamente enterada de que:

1. La información recabada será manejada de manera confidencial.
2. Puedo desistir en cualquier momento antes de contestar a las preguntas, y por esto no se me negarán los servicios médicos, ni otros servicios que otorgue la Secretaría de Salud.
3. La orientación consejería se me proporcionó en mi idioma _____ lo que me permitió aclarar mis dudas y temores.
4. Estoy consciente de que no se me ha prometido algún beneficio económico o material, ni personal, ni comunitario para aceptar responder este cuestionario.
5. No he recibido amenazas, ni he sido presionada u obligada para aceptar la participación.
6. Si aún persistieran algunas dudas sobre esta investigación, las puedo aclarar con el Dr. Jesús Vidal Alejo al teléfono (733) 111-03-46

Firma del aceptante _____ Nombre completo y firma del personal que proporcionó la orientación y consejería.

PROFESIONAL _____

TESTIGO _____